



TESIS UANCV



UNIVERSIDAD ANDINA
"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"

**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN**

**MENCIÓN: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN EDUCACIÓN
SUPERIOR**



TESIS

**EFFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS NO-FARMACOLÓGICAS
EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE,
PUNO 2017**

**PRESENTADA POR
RONALD ROSENDO ENRÍQUEZ QUISPE**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN**

JULIACA- PERÚ

2018



**UNIVERSIDAD ANDINA
NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**ESCUELA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN**

**MENCIÓN: INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA EN EDUCACIÓN
SUPERIOR**

TESIS

**EFFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS NO-FARMACOLÓGICAS
EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS
QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA
DEL NIÑO Y ADOLESCENTE,
PUNO 2017**

**PRESENTADA POR
RONALD ROSENDO ENRÍQUEZ QUISPE**

**PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAGÍSTER EN EDUCACIÓN**

APROBADA POR EL JURADO:

PRESIDENTE


Dr. EDGAR ATAMARI ZAPANA

PRIMER MIEMBRO


Dra. DANYA CASTILLO MONROY

SEGUNDO MIEMBRO


Dr. EFRAÍN WILFREDO CONDORI CRUZ

ASESOR


MSc. VICENTINA CHOQUEHUANCA CCARI



"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"
ESCUELA DE POSGRADO



RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 196 – 2018 – USA – EPG/UANCV-J

Juliaca, 2018 abril 24

VISTOS:

El expediente N° 7882 del (a) Bachiller **ENRIQUEZ QUISPE RONALD ROSENDO**, con número de matrícula 28117025 de la Maestría en Educación, Mención: Investigación y Docencia en Educación Superior, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez" de Juliaca;

CONSIDERANDO:

Que, el (a) Bach., **ENRIQUEZ QUISPE RONALD ROSENDO**, con número de matrícula 28117025 de la Maestría en Educación, Mención: Investigación y Docencia en Educación Superior, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca, ha Solicitado la Sustentación del Dictamen de Tesis denominado **EFFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS NO-FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE, PUNO 2017**. Para ser sustentada;

Que, el (a) referido (a) Dictamen de Tesis aprobado por los jurados el 20 de diciembre del 2017, establece la fecha de sustentación; habiendo para el efecto cumplido los requisitos establecidos en el reglamento de para la Obtención del Grado Académico de Magister/Maestro y Doctor de la Escuela de Posgrado de la UANCV.

Que, en el Artículo 66 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado de la UANCV, establece que la sustentación de Tesis de Postgrado es un trabajo de investigación original y critico, de actualidad y de alto valor científico;

En uso de las atribuciones conferidas a la Dirección en el inciso "J" del artículo 17 del Reglamento General de la Escuela de Posgrado, y el Art. 74 del Estatuto Universitario;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- NOMBRAR a los miembros del Jurado que calificarán la sustentación de la tesis del (a) Bach. **ENRIQUEZ QUISPE RONALD ROSENDO**, con número de matrícula 28117025 de la Maestría en Educación, Mención: Investigación y Docencia en Educación Superior, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez de Juliaca: quien ha presentado el Dictamen de Tesis denominado **EFFECTIVIDAD DE LAS TÉCNICAS NO-FARMACOLÓGICAS EN EL MANEJO DEL COMPORTAMIENTO EN NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA ODONTOLÓGICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE, PUNO 2017**. Nominado como **ASESOR** la MSc. Vicentina Choquehuanca Ccari y siendo los jurados los siguientes docentes:

Presidente	:	Dr.	EDGAR ATAMARI ZAPANA
Primer Miembro	:	Dra.	DANYA CASTILLO MONROY
Segundo Miembro	:	Dr.	EFRAIN WILFREDO CONDORI CRUZ

ARTÍCULO SEGUNDO.- DETERMINAR que la fecha de sustentación de Tesis, que se llevará a cabo fijando el siguiente lugar, fecha y hora:

Fecha	:	Miércoles 2 de mayo del 2018
Hora	:	5 00 p.m.
Local	:	Aula 311 Escuela de Posgrado - UANCV – JULIACA

A cuya finalización el Jurado registrará los resultados en el Libro de Actas de Sustentación de Tesis de Maestría con el grado de **MAGISTER** a los estudiantes que ingresaron anterior a la aprobación de la ley Universitaria N° 30220.

ARTÍCULO TERCERO.- ELEVAR la presente Resolución al Rectorado, Vicerrectorado Académico, Vicerrectorado Administrativo y Oficina del Órgano de Inspección y Control para conocimiento.

Regístrese, comuníquese y Archívese.

Cc./Archiv.EPG (01)
Interesado (01)
Cargo (01)
Jurados (03)
Expediente (01)
OCM/mchc.



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
D. CACCO Obedino Collantes Menis
DIRECTOR



UNIVERSIDAD ANDINA NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ
ESCUELA DE POSGRADO
Mg. Dany Castillo Monroy
SECRETARÍA ACADÉMICA

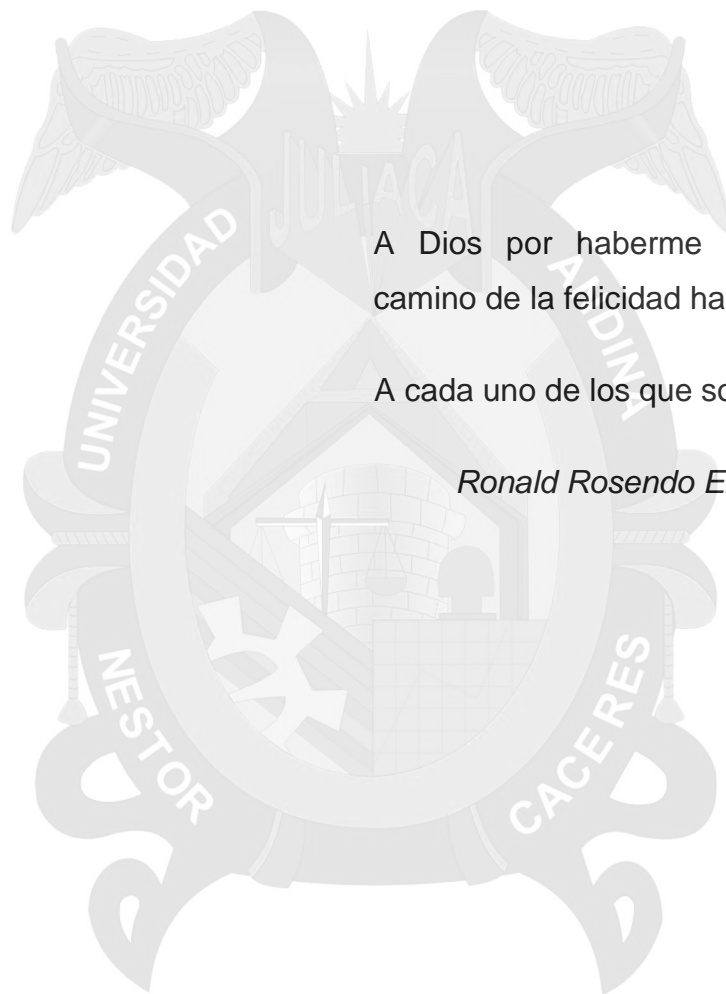


A Dios, porque ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

A mis padres

A mi esposa e hijos, quienes a lo largo de este tiempo han velado por mi bienestar siendo mi apoyo en todo momento. Depositaron su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi inteligencia y capacidad.

Ronald Rosendo Enríquez Quispe



A Dios por haberme guiado por el
camino de la felicidad hasta ahora.

A cada uno de los que son parte de mi.

Ronald Rosendo Enríquez Quispe



ÍNDICE

ÍNDICE	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN	xi

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. Análisis de la situación problemática	1
1.2 Planteamiento del problema.....	4
1.3 Justificación de la investigación	5
2.1 Objetivo general	8
2.2 Objetivos específicos	8

CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes de la investigación.....	9
3.2 Bases Teóricas	19
3.3 Marco Conceptual	42
4.1. Hipótesis General.....	46
4.2. Hipótesis específicas	46



4.3. Análisis de Variables e Indicadores	46
--	----

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

5.1. Métodos de investigación.....	49
5.2. Diseño de la investigación.....	50
Diseño:.....	51
5.3. Población y muestra.....	52
5.3.1. Población	52
5.3.2. Muestra	52
5.4 Técnicas, fuentes e instrumentos de investigación.....	54
5.5 Diseño de contrastación de la hipótesis.....	57
5.6 Matriz de consistencia.....	60

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

CAPÍTULO VI RESULTADOS Y DISCUSIÓN	62
6.1. Resultados y discusión.....	62

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

ANEXOS Y APENDICES.



RESUMEN

Esta investigación se realizó con el objetivo de determinar la efectividad de las técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento en niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente, Puno 2017. El tipo de investigación fue experimental, cuantitativa y aplicada, considerando una población muestral de 16 niños de 6 a 11 años de edad. Antes y después de la intervención con técnicas no farmacológicas "Decir-Mostrar-Hacer", Distracción-Voz-Distracción, Modelado y Refuerzo positivo, se aplicó la escala de ansiedad de Corah y la escala de evaluación de miedos dentales.

Para contrastar las hipótesis se utilizó la prueba T-Student, arribando a importantes resultados: El 56.25% de los niños del grupo experimental y el 50% del grupo control se encuentran en el rango de edad de 8 a 9 años, 31,25% y 37,5% entre 6 a 7 años y el 12.50% en ambos grupos de 10 a 11 años respectivamente. Respecto al nivel de ansiedad, el 87,50% de los niños del grupo experimental antes de recibir atención odontológica presentaron nivel de ansiedad alta; después de aplicar las técnicas no farmacológicas el 87,50% disminuye la ansiedad a un nivel bajo; a diferencia en el grupo control el 75% de los niños antes de la atención presentaban alta ansiedad, después el 68.75% presenta ansiedad moderada. Sobre



el nivel de miedo dental, el 75,0% de los niños del grupo experimental antes de recibir atención presentaron un nivel de miedo alto; después de la intervención el 100% disminuye el miedo a un nivel bajo; a diferencia en niños el grupo control, el 75,0% presentaba miedo alto, después el 62,5% miedo moderado.

Se concluye que, las técnicas no farmacológicas son efectivas en el manejo del comportamiento en la consulta odontológica, porque el nivel de ansiedad y miedo alto de los niños del grupo experimental disminuye significativamente ($p < 0.05$) a niveles bajos, a diferencia en niños del grupo control sin esta intervención disminuyen a nivel moderado, con lo que se confirma la hipótesis planteada.

Palabras clave: Técnicas no farmacológicas, comportamiento.



ABSTRACT

The research was conducted with the objective of determining the effectiveness about non-pharmacological techniques in the management of the behavior of children attending the Child and Adolescent Clinic, Puno 2017. The type of research was experimental, quantitative and applied, considering a sample of 16 children from 6 to 11 years of age, with whom we worked before and after the intervention with non-pharmacological techniques "Say-Show-Do", Distraction-Voice-Distraction, Modeling and Positive Reinforcement, applying the scale of Corah anxiety and the dental fear assessment scale.

To test the hypothesis, the T-Student test was used, arriving at important results: 56.25% of the children of the experimental group and 50% of the control group are in the age range of 8 to 9 years, 31.25 % and 37.5% between 6 and 7 years and 12.50% in both groups of 10 to 11 years respectively. Regarding the level of anxiety, 87.50% of the children in the experimental group before receiving dental care had a high level of anxiety; after applying non-pharmacological techniques, 87.50% reduces anxiety at a low level; unlike the control group, in which 75% of children before care had high anxiety, then 68.75% presented moderate anxiety. About the level of dental fear, 75.0% of the children in the experimental group before



receiving attention showed a high level of fear; after the intervention, 100% reduces the fear level to a low level; unlike children in the control group, 75.0% had high fear, then 62.5% moderate fear.

It is concluded that the non-pharmacological techniques are effective in the management of behavior in the dental practice, because the level of anxiety and high fear of the children of the experimental group decreases significantly ($p < 0.05$) at low levels, unlike children from the control group who, without this intervention, decrease at a moderate level, confirming the proposed hypothesis.

Key words: non-pharmacological techniques, behavior



INTRODUCCIÓN

Según Guale (2012), al referirse sobre el comportamiento de los niños en la atención dental, señala que “a pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y fóbicos” (p.1).

Frente a esta situación, en el Portal Odontológico S.A. (2016) se señala que “en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del paciente, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular”(Portal Odontológico S.A., 2016). (p.1)

Los niños que acuden a la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente de Puno, presentan similares particularidades, donde muchas veces se tiene limitantes- (Ramos, Alfaro, Castro, & Mercado, 2013) señalan que “por el comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica ocasionado por varios factores; ambiente odontológico, las actitudes de los padres y además el



tipo de conducta que presenta cada niño en particular" (p.22), por el problema que padecen.

Según Villafuerte (2012), "no existen fórmulas mágicas, ni recetas prefabricadas en el manejo de la conducta del niño en la relación dual odontólogo-niño" (p.1). "Sin embargo, adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se adquieren valores, actitudes y conocimientos que van a promover en el niño una actitud positiva"(Garzón de, 1995), durante la consulta odontológica.

Siendo por tanto, de vital importancia mejorar el comportamiento de los niños en la consulta dental aplicando Técnicas No-Farmacológicas para disminuir los niveles de ansiedad y miedo que presentan, se plantea presente investigación para responder a la siguiente interrogantes: ¿Cuál es la efectividad de las técnica no-farmacológicas en el manejo del comportamiento respecto a la ansiedad y miedo dental en niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente, Puno 2017?, con el objetivo de determinar la efectividad de las técnica no-farmacológicas en el manejo del comportamiento respecto a la ansiedad y miedo dental en niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente; lo que nos permitió conocer la efectividad de las técnicas no farmacológicas en el comportamiento del niño durante la consulta odontológica.

Desde ese contexto, el propósito de este trabajo fue dar a conocer la efectividad de las técnicas no farmacológicas que debe poner en práctica el



odontólogo para el manejo del comportamiento relacionado al miedo y ansiedad dental, con el fin de facilitar el tratamiento del niño que acude por enfermedades u urgencias odontopediátricas, con los que se logró disminuir los niveles de ansiedad y miedo en el grupo experimental que recibió el tratamiento con las Técnicas No-Farmacológicas.

Acorde a la investigación lógica y científica, el estudio se ha esbozado en cuatro capítulos:

En el primer capítulo, se determina el problema de investigación. Comprende la exposición de la situación problemática, planteamiento del problema, justificación de la investigación y objetivos.

En el segundo capítulo, se establece el marco teórico. Contiene los antecedentes de la investigación, bases teóricas, marco conceptual, hipótesis, variables e indicadores y operacionalización de variables.

En el tercer capítulo, se precisa la metodología de la investigación. Se especifican el método, diseño, población y muestra, técnicas e instrumentos y diseño de contrastación de hipótesis.

En el cuarto capítulo, se exponen los resultados y discusión. Se presentan los resultados a través de tablas y gráficos estadísticos, se interpretan y se analizan los resultados.

En el criterio de la síntesis, se consignan las conclusiones y las sugerencias.

En el epílogo, se nominan las referencias bibliográficas y se adjuntan los anexos que corresponden.



CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1. EXOSICIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

“La mayoría de los niños son buenos pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio odontológico”(Medina & Mendez, 2013), “la respuesta al tratamiento dental afecta al comportamiento emocional del niño, que genera comúnmente estrés que proviene del miedo y de la ansiedad que se tiene ante lo desconocido”(García, 2010). Souki, Salazar, Pérez & Nevado (1999) afirma: En la edad pre-escolar (cuatro a seis años), la conducta es impredecible y puede oscilar de la no cooperación a la docilidad, de la sumisión a la cooperación inteligente y feliz; el niño acepta procedimientos odontológicos sencillos, pero cuando éstos se hacen más complejos sufre un proceso de regresión y desea volver a su madre. El escolar (seis a nueve años), tiene la capacidad de aceptar la autoridad del odontólogo y prefiere estar solo con él; aunque persisten muchos temores, algunos desde la niñez y otros recién adquiridos(Souki, Salazar, Pérez, & Nevado



, 1999) (p.1).

El problema es mayor cuando la respuesta al tratamiento dental del niño afecta el comportamiento emocional, al generar comúnmente estrés que previene del miedo y la ansiedad que tiene ante lo desconocido; donde un niño temeroso y no cooperador, aunado a que, en los últimos años, la sociedad ha exigido una mayor participación de los padres durante el proceso de atención dental, para dar confianza al niño previa aprobación del tratamiento indicado.

La ansiedad y/o miedo dental como lo señala Lee, Chang, & Huang, (2008), se debe "a la falta de preparación técnico científica de algunos profesionales, frecuentemente la principal causa de problemas de manejo del comportamiento, de interrupciones del tratamiento y de subsecuentes derivaciones a especialistas o clínicas especializadas en miedo dental o cuidados especiales"(Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa , & Corrêa, 2010)(p.1).

Según Ten Berg (2008) "la ansiedad y el miedo dental pueden traer consecuencias negativas futuras para el niño tales como inhibición psicológica o del comportamiento y eventuales evasiones a situaciones odontológicas. Esto puede acarrear también un perjuicio para la salud bucal del niño, envolviendo problemas asociados como estigmas sociales y sentimientos de vergüenza e inferioridad".

Estudios han demostrado que los niños que asisten por primera vez al odontólogo, aparecen el miedo como forma de comportamiento generalizada, incrementándose en la sala clínica con puntuación Alta y



Media para el comportamiento miedoso. Según Kade de Souki (1999), "otro estudio describe que muchos niños, huyen y evitan el tratamiento odontológico por considerarlo desagradable, por consiguiente no tienen los cuidados necesarios con su salud bucal, contribuyendo para el desarrollo de enfermedades como la caries de aparición temprana".

"Considerando que la cooperación del niño es fundamental para permitir al Odontopediatra efectuar el tratamiento, haciendo que éste sea lo menos desgastante para ambos, esta condición se puede lograr cuando el niño confía en el profesional, ya que las opiniones de los adultos influyen de un modo importante en la vida de los niños"(Glick, 2002).

Para Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa , & Corrêa (2010) se afirma: Que la utilización de una o más técnicas no farmacológicas en el manejo del comportamiento de niños tendría por finalidad familiarizar al niño con el equipo, instrumentos y procedimientos odontológicos, explica y le muestra, lo que se hará durante la consulta. Estas técnicas pueden ser realizadas a través del acondicionamiento indirecto o a distancia del sillón odontológico, mostrando el procedimiento en un objeto inanimado o animado, respectivamente; o a través del acondicionamiento directo, en el propio niño. El reacondicionamiento debe ser efectuado todas las veces que el niño muestre una respuesta negativa al tratamiento.

En la atención odontológica es frecuente observar a muchos niños con miedo, ansiedad y fobia hacia el tratamiento odontológico; producto de ello, los niños rompen en llanto inconsolable, con miedo persistente e irracional que resulta en un imperioso deseo de evitar el objeto de terror, actividad o situación que muchas veces no puede ser controlado. Otras



veces cuando los niños presentan fobia dan lugar a estados de pánico reales con ataques de sudoración y temblores que lleva a los niños a evitar su cuidado dental incluyendo prácticas orales.

De hecho Vieira (2017) nos dice “que el miedo y la ansiedad son uno de los problemas más frecuentes cuando de acudir al dentista se trata, por lo que el manejo del paciente en clínica debe ser cuidadoso en este sentido”; “porque el tratamiento dental puede dificultar su ejecución, ya que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento altamente negativo”(Sánchez , Toledano, & Osario, 2004)

La situación descrita y la imperiosa necesidad de implementar técnicas no farmacológicas para mejorar el manejo del comportamiento del niño con miedo y ansiedad durante la consulta en la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente en Puno, para lo cual se propone realizar la presente investigación.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

1.2.1. Pregunta principal

¿Cuál es la efectividad de las técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento en niños que acuden a la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente, Puno 2017?

1.2.2. Preguntas secundarios

¿Cuál es el nivel de ansiedad en el comportamiento de los niños del grupo experimental que acuden a la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de niños del grupo control que no la reciben?.

¿Cuál es el nivel de miedo dental en el comportamiento de los niños del grupo experimental que acuden a la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de los niños del grupo control que no la reciben?.

1.3. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

A los consultorios odontológicos acuden muchos pacientes con miedo o ansiedad a los tratamientos dentales; estos temores están relacionados generalmente con experiencias negativas que tuvieron en consultas anteriores, comentarios mal dirigidos o mitos; tradicionalmente al dentista se le ha relacionado con dolor y en ocasiones con justa razón, ya que la Odontología, sus técnicas, procedimientos y medicamentos han atravesado históricamente un proceso de avance científico, por lo que la odontología moderna ofrece alternativas "sin dolor".



El comportamiento de los individuos afecta positiva o negativamente a su salud dental del mismo modo que ciertas enfermedades o problemas dentales afectan el comportamiento de aquellos que lo padecen, por tanto la presente investigación permitirá comprobar la efectividad de técnicas no farmacológicas para disminuir el miedo o la ansiedad problema latente en los consultorios odontopediátricos cuando el niño necesita una exodoncia u obturaciones, estrategia metodológicas no farmacológicas de ser efectiva podrá ser aplicada en la consulta odontológica pediátrica en el manejo del comportamiento.

Por tanto, se considera que el estudio es relevante, porque es un estudio sobre un problema que se presenta en forma frecuente cuando se atiende en la consulta odontopediátrica; que muchas veces dificulta con el adecuado tratamiento dado que el niño se muestra negativo, poco colaborar y con ello aparecen el miedo y el temor a los procedimientos que se aplican para solucionar el problema que aquejan, siendo así difícil atender al niño porque expresan mucho miedo y ansiedad, la misma que afecta al estado anímico del especialista.

El presente trabajo es importante porque está dirigido a crear estrategias metodológicas no farmacológicas para mejorar el comportamiento de los niños que acuden a la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente, Puno, de esta manera erradicar, comentarios mal dirigidos o mitos; tradicionalmente al dentista se le ha relacionado con dolor a la consulta odontológica del niño y adolescente , porque la

ansiedad dental y sobre todo infantil es un problema que limita prestar la atención adecuada al niño.

Es original, puesto que no existen estudios, siendo el primer estudio donde se aplicaran técnicas no farmacológicas. Por tanto, los resultados obtenidos constituirían un aporte teórico y metodológico, al aplicar las técnicas no farmacológicas "Decir-Mostrar-Hacer", Distracción-Voz-Distracción, Modelado y Refuerzo positivo; lo que permitiría como lo refiere Medina & Méndez (2013) "favorecer el establecimiento de situaciones de bienestar, calma y confort en el organismo, permitiendo de esta forma una buena ejecución del procedimiento clínico" (p.7).

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo general

Determinar la efectividad de las técnicas no farmacológicas en el manejo del comportamiento respecto a la ansiedad y miedo dental en niños que acuden a la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente, Puno 2017.

1.4.2. Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de ansiedad de los niños del grupo experimental antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de niños del grupo control que no la reciben.
- Evaluar el nivel de miedo dental de los niños del grupo experimental antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de los niños del grupo control que no la reciben.

1.5. IMPORTANCIA Y ALCANCES

El presente trabajo es importante porque está dirigido a crear estrategias metodológicas no farmacológicas para mejorar el comportamiento de los niños que acuden a la consulta odontológica, porque la ansiedad dental y sobre todo infantil es un problema que limita prestar la atención adecuada al niño.

Es original, puesto que no existen estudios, siendo por ello el primer estudio donde se apliquen técnicas no farmacológicas. Por tanto, los resultados obtenidos constituyen un aporte teórico y metodológico, al aplicar las técnicas no farmacológicas "Decir-Mostrar-Hacer", Distracción-Voz-Distracción, Modelado y Refuerzo positivo.

1.6. LIMITACIONES Y DELIMITACIONES

1.6.1. Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, para el estudio se recurrió a los artículos científicos y evidencias sobre investigación por la escasa teoría sobre técnicas no farmacológicas en odontopediatría, lo que hizo viable construir el marco teórico del presente estudio.

1.6.2. Delimitaciones

Delimitación Espacial

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el consultorio odontológico de la Clínica del Niño y Adolescente que se encuentra ubicado en la ciudad de Puno.



Delimitación Temporal

El estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de enero a octubre del 2014.

Delimitación Social

La investigación se realizó en niños menores de 6 a 12 años de edad que acuden a la consulta odontológica para exodoncia y obturaciones, cuyo beneficio repercutirá en la calidad de atención de los niños.





CAPÍTULO II

EL MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Abando (2010, p.5), señalaron: De todas las técnicas de manejo del comportamiento en niños existentes en la literatura, las descritas en la revisión sobre no-farmacológicas de manejo del comportamiento en niños muestra una marcada evidencia científica, siendo que éstas deben ser utilizadas individualmente llevando en consideración las diferencias físicas y psicológicas de los niños en diversas edades. De esta manera, se estimula la utilización de tales técnicas con la finalidad de formar una interrelación de confianza y seguridad en la triada dentista-niño padres y prevenir o disminuir la susceptibilidad a la ansiedad, miedo o fobia dental (p.5).

Bajo esta recomendación se basa el presente estudio que se propone desarrollar en la Clínica del Niño y Adolescente en Puno, en niños que acuden por una exodoncia u obturaciones; para lo cual se revisado trabajos de investigación a nivel internacional, nacional y local y no se han



encontrado estudios similares; sin embargo se extrajeron algunos antecedentes relevantes, que en alguna medida aborda alguna de las variables, los cuales se citan a continuación:

2.1.1. A nivel Internacional

En este ámbito se ha encontrado el estudio realizado por Ramos , Alfaro, Herrera, & Navarro (2013) cuyo objetivo “fue describir los niveles de ansiedad y miedo en niños atendidos en las clínicas odontopediátricas de la facultad de odontología de la universidad de Cartagena. El estudio fue e corte transversal, se seleccionó una muestra a través de un censo donde se incluyeron 157 niños de 6 a 8 años y 30 niño de las clínicas integrales del niño en la clínica de pregrado, se incluyeron 87 niños de las clínicas de manejo del postgrado de odontopediatria y ortopedia maxilar para completar la muestra en la que estos al responder a los interrogantes seleccionaban una de las gráficas representadas por rostros con diferentes emociones y que concordaran con la emoción que ellos sentían ante el procedimiento odontológico por el que se les cuestionaba. A los de 3 a 5 años se les realizó la encuesta de corah modificada a sus padres o acudientes ya que estos no están en capacidad para responder el test donde se evaluó los niveles de ansiedad. Los resultados encontrados fueron: Los niños con mayor edad manifiestan menores niveles de miedo y ansiedad ante la consulta; los niveles de ansiedad y miedo son mayores ante procedimientos específicos como usar la pieza de alta, inyecciones y aislamiento. Las niñas manifestaron mayores niveles de miedo y ansiedad en comparación con los niños, y la clínica con mayores niveles



fue la de pregrado. Se concluyó que, la presente investigación es de gran importancia ya que conocer los niveles de ansiedad y miedo de los niños ante una consulta odontológica; permite al profesional tener una perspectiva de que medidas son necesarias en cuanto al manejo del paciente pediátrico”.

Otro estudio realizado por Espioza (2013) en Chile año 2013, tuvo como objetivo “determinar si existe relación entre la ansiedad dental del cuidador y la ansiedad dental infantil. Se administró la Escala de Evaluación de Comportamiento de Frankl y la Facial Image Scale (FIS) a pacientes de 6 años del programa GES, de dos consultorios de la Región Metropolitana, y la Escala de Ansiedad Dental de Corah a sus cuidadores. Los resultados revelan que no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad de Frankl y Corah ($p=0,149$), ni entre los puntajes de ansiedad de FIS y Corah ($p=0,416$). Si se encontró relación estadísticamente significativa entre los puntajes de ansiedad de FIS y de Frankl ($p=0,000$ y $r=-0,345$). Un 5,4% de los niños reportaron ansiedad dental en su dimensión cognitiva y un 8,7% en la dimensión conductual. Se concluyó que existe relación entre las dos dimensiones de la ansiedad medidas en niños. Si bien la frecuencia de ansiedad dental infantil es baja en relación a estudios previos, si se encuentra dentro de los rangos de revisiones anteriores”.

Según, Escalona, & Figueroa (2013) tuvo como objetivo “determinar los niveles de ansiedad y miedo dental infantil en niños escolares que acuden a las áreas de odontopediatría de la Facultad de Odontología de la Universidad de Carabobo. El diseño utilizado fue no

experimental y transeccional de tipo descriptivo y correlacional. Se consideró una muestra de 120 escolares, a quienes se les aplicó la Escala de Corah, Escala de evaluación de miedos dentales y Test de dibujos de Venham. Los resultados encontrados fueron: El 89,17% de los niños, presentaron ansiedad según el Test de dibujos de Venham, mientras la Escala de Corah evidenció ansiedad en un 80,8%; siendo los varones más ansiosos con un 43,3%, destacando en la Escala de evaluación de miedos dentales un porcentaje de 70,9% para las edades estudiadas, donde las niñas indicaron una mayor distribución en un 52%, el grado de correlación entre la Escala de ansiedad de Corah y la Escala de evaluación de miedos dentales, arrojó una asociación estadísticamente significativa de 0,492".

Marcano , A; Figueredo, A; Orozco, G, (2012) en la investigación realizada en Colombia año 2012, tuvo como "objetivo evaluar los niveles de ansiedad y miedo dental infantil según la edad en niños que acudieron al servicio de Odontopediatría de la Facultad de Odontología Universidad de Carabobo. El diseño utilizado fue no experimental y transeccional de tipo descriptivo y correlacional. Se consideró una muestra de 120 escolares, a quienes se les aplicó la Escala de Ansiedad de Corah, Escala de evaluación de miedos dentales y Test de dibujos de Venham. Los resultados reportados fueron: El 89,17% de los niños, presentaron ansiedad según el Test de dibujos de Venham, mientras la Escala de Ansiedad de Corah evidenció ansiedad en un 80,8%, arrojando a los 6 años de edad un nivel de ansiedad alto con un 20%, destacando en la Escala de evaluación de miedos dentales un porcentaje de 70,9%, donde se tuvo que a los 6, 7 y 8 años destacó un nivel de miedo dental alto entre



el 16-22% respectivamente. Los autores concluyeron que los niveles de miedo y ansiedad dental infantil disminuyeron conforme avanza la edad, expresándose a los 6 años en mayor porcentaje en un 76%".

Gustafsson (2010) en Suecia al investigar, "Los niveles de miedo en el niño, por una parte, se vinculan con el estilo que el dentista desarrolla durante su actuación, siendo las características positivas de rapport y familiaridad las que mejoran la adherencia al tratamiento odontológico. Así, el hablar al niño, con la asistente o con los padres del pequeño; parar ante una señal evidente de dolor, informar de cada paso que se realiza, tranquilizarlo; repercute de gran manera en su comportamiento y aminora el miedo y la ansiedad existentes".

De acuerdo con Rodríguez, Olmo, Mourelle, & Gallardo (2011)) en España, realizaron un "Estudio de la ansiedad infantil ante el tratamiento odontológico", bajo el objetivo de cuantificar Se han estudiado un total de 152 niños de edades comprendidas entre 7 y 18 años...obtuvieron como resultados que los estímulos que más fácilmente desencadenan ansiedad son ver la aguja y sentir la misma, seguidos por observar la fresa y oír la turbina".

Muza & Muza (2007) en Chile, realizaron un estudio sobre "Nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental, siendo el objetivo conocer el nivel de preocupación o ansiedad sobre procedimientos dentales en una sala de espera dental. Para ello, se aplicó la encuesta Dental Concerns Assessment (DCA), traducida, en la sala de espera del Servicio Dental del Hospital Regional



Rancagua a 233 pacientes mujeres, acerca de 26 procedimientos dentales. La escala de medición de la ansiedad tuvo 4 niveles (Bajo, Moderado, Alto, No sabe) La edad fue clasificada en 4 grupos etarios por los que se compararon las respuestas. Los resultados fueron: Los mayores niveles de preocupación estuvieron causados por el costo de los tratamientos (156 pacientes), la necesidad de varios procedimientos (131), el número de citas y el tiempo asociado (118), el dolor (117), temor a la inyección (111), tratamiento de endodoncia (104) y por el sonido del aparato empleado en la limpieza dental (96). El procedimiento que causó menos ansiedad es la radiografía".

2.1.2. A nivel nacional

Dentro de las investigaciones revisadas a nivel nacional son pocos los estudios que abordan el tema en estudio; sin embargo se cuenta con algunos resultados sobre la variable ansiedad y miedo dental.

Jiménez (2016) en su investigación "influencia de la musicoterapia para el manejo de ansiedad en pacientes pediátricos atendidos en la clínica de estomatología de la Universidad Señor de Sipán, tuvo como objetivo evaluar la Influencia de la Musicoterapia para el manejo de Ansiedad en pacientes pediátricos. Fue una investigación; cuantitativa, experimental, prospectiva- transversal y analítica. Participación 88 pacientes pediátricos entre los 6 y 9 años de edad, previa autorización de los padres, divididos de manera aleatoriamente. En dos grupos; Grupo A: Con musicoterapia y grupo B: Sin musicoterapia. La melodía empleada fue las cuatro estaciones de Vivaldi, durante los tratamientos de sellantes



de fosas y fisuras y restauraciones dentales realizadas bajo anestesia infiltrativa y aislamiento absoluto. Los resultados obtenidos muestran que el valor de t Student es altamente significativo ($p < 0,01$) por lo que existe diferencias significativas en el manejo de Ansiedad en pacientes pediátricos, entre los dos grupos evaluados. Se concluyó que la Musicoterapia influye de manera positiva en el manejo de ansiedad dental, que presentan los pacientes pediátricos durante los tratamientos dentales”

Otro estudio realizado por Quiroz & Melgar (2012) sobre el “Manejo de conducta no convencional en niños: Hipnosis, musicoterapia, distracción audiovisual y aromaterapia” bajo el objetivo de conocer técnicas de apoyo no convencionales para el manejo de conducta en niños. Esta revisión se realizó mediante revistas indexadas de los últimos 10 años. A pesar que las técnicas tradicionales utilizadas en odontopediatría pueden ser satisfactorias, en la actualidad existe controversia sobre el uso de algunas de ellas. El rechazo por parte de los padres, así como las diversas implicaciones éticas y legales han llevado a que se revalúen muchas actitudes y técnicas, especialmente aquellas de tipo aversivo, lo cual ha conducido a intensificar la investigación en este campo con el fin de buscar nuevas alternativas...Respecto a la distracción audiovisual (técnica que dio mejores resultados) la concentración de los niños, auditiva y visual, queda atrapada en la película que estén viendo desconectándose parcialmente del ambiente odontológico. Se concluye, que son necesarias nuevas técnicas en el

manejo de conducta del paciente pediátrico que deben estar acordes a los avances tecnológicos de nuestra era y que promuevan la salud".

Urbina (2006) en Lima Perú, al estudiar la "Relación entre Ansiedad y Respuestas Fisiológicas en niños de 5 a 8 años de edad en su primera visita odontológica, con el objetivo de evaluar la ansiedad en el paciente pediátrico durante su primera visita odontológica. Este estudio transversal tuvo una muestra de 44 niños de 5 a 8 años de edad residentes del cono norte de la ciudad de Lima Metropolitana y utilizando el Test de Venhan obtuvo los siguientes resultados: La ansiedad evaluada según el Test de Venham señala que los niños presentan mayor puntaje que las niñas, respecto a la edad el grupo de 6 años presentaron mayor puntaje a diferencia de los 8 años que presentaron el menor valor. Respecto a las respuestas fisiológicas las niñas presentaron un mayor promedio en saturación de oxígeno, pulso, presión arterial diastólica, los niños mostraron mayores valor en presión sistólica en temperatura y frecuencia respiratoria. Se encontró en los niños de 6 años una mayor saturación de oxígeno y temperatura, mientras que los 7 años de edad en la presión sistólica y diastólica, el pulso fue mayor en el grupo de 5 años de edad y la frecuencia respiratoria fue mayor en el grupo porcentaje en niñas. Respecto a la relación entre ansiedad y respuestas fisiológicas se encontró asociación solo con la saturación de oxígeno arterial, con valores estadísticamente significativos".

2.1.3. A nivel local

Un estudio realizado por Lazo , Ramos , & Mercado (2014) sobre "Nivel



de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad Puno 2014, bajo el objetivo de comparar el nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad, atendidos en el servicio de Odontología del Hospital III EsSalud. La muestra estuvo constituida por 50 pacientes de 4 a 8 años de edad, de ambos sexos, sin experiencia previa de tratamiento odontológico alguno, seleccionados por un procedimiento de muestreo no probabilístico, por conveniencia, considerando criterios de inclusión. La investigación corresponde al tipo descriptivo, comparativo de corte longitudinal. La técnica utilizada fue la observación clínica, usando como instrumento una ficha de recolección de datos. Los datos se analizaron mediante tablas de distribución de frecuencia y la prueba t de student. El estudio revela que, al comparar el nivel de ansiedad antes y después del tratamiento odontológico entre hombres y mujeres se encontró que no existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$), registrándose más casos de ansiedad moderada en ambos sexos y tiempos. En los niños de 4, 6 y 7 años de edad tampoco existe diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$), mientras que en los niños de 5 y 8 años existe diferencia significativa ($p < 0.05$). Al comparar la presión arterial antes y después del tratamiento no hay diferencia estadísticamente significativa ($p > 0.05$) en ambos sexos y en las diferentes edades. Finalmente al comparar el promedio del nivel de ansiedad antes (2.92) del tratamiento fue superior a la ansiedad mostrada luego (2.70) de la realización del tratamiento odontológico, encontrándose estadísticamente que hay una variación significativa ($p = 0.047 < 0.05$). Concluyéndose por tanto que el

nivel de ansiedad en los niños de 4 a 8 años de edad es mayor antes del tratamiento odontológico”.

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1. Enfoque teórico de las bases epistemológicas (variable independiente)

2.2.1.1. Técnicas No-Farmacológicas en el Manejo del Comportamiento

Según Cárdenas (2011), “El manejo del comportamiento del paciente pediátrico se fundamenta en el conductismo. Esta rama de la psicología plantea que el comportamiento de una persona es modificable si se alteran las sustancias ambientales que las rodean y se basa en el control de sus emociones”.

Las técnicas de manejo están por lo tanto, encaminadas a controlar diversas emociones. Sin embargo el manejo de la conducta no se puede entender como la aplicación de determinadas técnicas para situaciones específicas. Son muchas las variables que pueden presentarse de un paciente a otro o aún de una cita a otra. El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación (Cárdenas, 2011).

Las principales técnicas del manejo del comportamiento son: Decir-mostrar-hacer, comunicación no verbal, distracción-voz-distracción, refuerzo positivo, modelado, exposición gradual, control de la voz y

restricción física, inhibición latente y mano sobre la boca.(Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa , & Corrêa, 2010)

En el estudio se abordaran las técnicas Decir-Mostrar-Hacer, Distracción-voz-distracción, modeladas y refuerzo positivo.

a) Técnica Decir-Mostrar-Hacer

Según Cárdenas, 2011) “consiste en permitir que el paciente conozca con atención qué procedimientos se le van a realizar. Se hace mediante una secuencia donde primero se le explica en un lenguaje adecuado para su desarrollo, que es lo que se le va hacer (Decir), luego se le hace una demostración (Mostrar) y por último se le realiza el procedimiento (Hacer). Se recomienda utilizarla continuamente durante la cita para la cual es de utilidad un espejo de cara. Tiene como objetivo, disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente; puede usarse en todos los pacientes. Sin embargo es poco eficaz en pacientes de muy corta edad donde aún no se ha desarrollado bien la comunicación verbal”.

b) Técnica distracción-voz-distracción

Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa , & Corrêa (2010) Señalan: “que está técnica es útil para desviar la atención del paciente de las incomodidades que pueda percibir en el procedimiento. El objetivo es disminuir la probabilidad de percepción de un suceso desagradable que pueda suceder. Está indicado para cualquier paciente y no tiene ninguna contraindicación”. Además, “refiere que estas estrategias tienen el objetivo de llamar la atención del niño y de estimular su imaginación con

la finalidad de abstraer los del procedimiento odontológico. Para eso se utilizan muñecos educativos u objetos inanimados (recomendado para preescolares), uso de videos de dibujos animados o Vídeo Games, contar cuentos o historias, conversar con la madre durante el tratamiento del niño sobre la vida diaria de éste (amigos, juegos favoritos, animales preferidos, etc.). La distracción es probablemente la técnica más efectiva cuando la ansiedad del niño es leve”.

c) Técnica modelado

Según García (2007) “el modelado es un proceso de aprendizaje observacional, en el que la conducta de un individuo o un grupo (el modelo), actúa como estímulo para generar conductas, pensamientos o actitudes semejantes, en otras personas que observan la actuación del modelo. La presentación de modelos incluye también la exposición a señales y situaciones que rodean a la conducta modelada (contexto situacional) ▶ Las técnicas de modelado tratan de enseñar los principios o reglas que deben guiar la conducta en contextos determinados, más que respuestas imitativas simples”.

Dentro de las funciones del modelado podemos citar:

- “Adquisición de nuevos repertorios de conductas o habilidades, habilidades de interacción social, y de afrontamiento ante el estrés, entre otras.
- Inhibición o desinhibición de conductas que ya poseía el sujeto (trastornos fóbicos: desinhibición de conductas de acercamiento a los objetos temidos, ó, inhibir o eliminar conductas desadaptadas con la

exposición de modelos que reciben consecuencias negativas, al realizar esas conductas).

- Facilitación de conductas que no se emiten por falta de estímulos inductores (García, 2007).
- “Incremento de la estimulación ambiental: La conducta de los modelos puede hacer que aumente la atención de los observadores a estímulos o sucesos concretos(Pérez, 2014).
- Cambios en activación emocional y valencia afectiva: La observación de modelos que exhiben respuestas emocionales, provocan un nivel de activación emocional similar en el observador” (García, 2007).

“La técnica consiste en permitir que el paciente observe el comportamiento apropiado que se espera de él. Esto se logra aplicando modelos, que son sometidos a circunstancias similares a las que ha de experimentar al paciente. Puede hacer en vivo o por medio de video” (García, 2007).

Según Cárdenas (2003), el objetivo de las técnicas No Farmacológicas es:

Disminuirla ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo

Indicaciones:

Pacientes que tengan desarrollo emocional y comunicación verbal suficientes para entender el objetivo de la técnica

Contraindicaciones.



No se contraindica en ningún paciente. Sin embargo, es de poca utilidad en paciente que debido a su corta edad, no tienen aún el desarrollo emocional adecuado para entender la técnica”.

Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa , & Corrêa (2010), señalan: que en Odontología la técnica del modelado es utilizada para reducir comportamientos negativos y de ansiedad estimulando al niño a aprender la respuesta o comportamiento apropiado para determinada situación dental. Esto se da, a través de la observación de otro niño con buen comportamiento en tratamiento...El modelado es más efectivo cuando: el modelo observado posee características similares a las del niño objetivo (por ejemplo, mismo género y edad); el modelo es observado desde la entrada, tratamiento, salida de la consulta y cuando éste es recompensado por su buen comportamiento. El modelado puede ser real con un niño, o virtual con el uso de videos. Este último modelo generalmente no presenta resultados tan efectivos con relación a los modelos reales”.

d) Refuerzo positivo

“Tras todo comportamiento existe la pretensión de dar satisfacción a un método o un conjunto de motivos o necesidades. En múltiples ocasiones, con todo, debemos efectuar determinados aprendizajes o asumir determinados materias de estudio que en sí no despierte interés alguno. En estos casos, sin que estos sean exclusivos, es bueno acudir a motivaciones extrínsecas. Es decir a recompensas que se generarán

como consecuencia del aprendizaje alcanzado".(Martin del Buey, Martín, & Juárez, 2011)

Según Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa , & Corrêa (2010), el refuerzo "puede consistir en elogios, alabanzas, frases de ánimo, felicitaciones, expresiones faciales, contacto físico, escuchar con atención (reforzadores sociales)".

"Podemos reforzarle también permitiéndole realizar actividades placenteras para él como ver la tele, jugar a la videoconsola, incluso actividades compartidas como leerle un cuento, pasar rato con los amigos, ir al cine, etc"(López L. , 2015).

López (2015), nos dice que "para utilizar el método del refuerzo, en primer lugar hay que conocer qué cosas son reforzantes para el niño/a (si regalo un libro a alguien al que no le gusta leer no lo recibirá como premio) y qué conducta en concreto queremos reforzar, proporcionando este refuerzo de forma inmediata siempre que se dé la conducta deseada. No obstante, a medida que el niño la vaya adquiriendo, la propia ejecución de la conducta será reforzante en sí misma y no será necesario recompensarla continuamente. Debemos pactar también con el niño y de antemano qué necesita hacer para conseguir el punto/ficha y lo que obtendrá por su realización, en función de lo costosas que sean las conductas, así como la frecuencia, y momento del cambio" (p.1).

De ahí que, Abanto, Rezende, Bönecker, Corrêa , & Corrêa (2010) señala que: "es importante recordar que la recompensa no puede ser

utilizada como chantaje para realizar el tratamiento y que ésta debe ser ofrecida sólo después de evaluar el comportamiento del niño en la consulta. La recompensa debe estar asociada con el comportamiento que se está intentando cambiar. Generalmente, dejamos que el niño escoja una recompensa o juguete por consulta, cuando sea permitido. Debe recordarse que si el niño recibe la misma recompensa por demasiadas veces, su poder como reforzador puede fracasar. El uso de elogios y de la atención para el niño como recompensas siempre deben ser utilizadas y, además de eso, sirven como óptimas opciones cuando se pierde el poder de la recompensa clásica (por ejemplo: "te comportaste súper bien hoy", "mereces nota 20", "¿ves cómo eres inteligente y consigues ayudarme?") (p.2).

2.2.1.2. Enfoques teórico o corrientes epistemológicos (Variable dependiente)

2.2.1.2.1. Manejo del comportamiento

Según Vallejo (2005) "el comportamiento humano es el conjunto de comportamientos exhibidos por el ser humano e influenciados por la cultura, las actitudes, las emociones, los valores de la persona y los valores culturales, la ética, el ejercicio de la autoridad, la relación, la hipnosis, la persuasión, la coerción y/o la genética"

En la investigación, se asume la conceptualización de la conducta humana "como un cambio en el organismo que se traduce en alguna

forma de comportamiento observable"(Maier, 1993). Erikson citado por Papalia "define ocho etapas en el desarrollo de la vida, cada una en función de la resolución con éxito de una crisis o giro decisivo. Cada crisis necesita ser resuelta en un particular momento del desarrollo y su objetivo es el equilibrio entre dos alternativas"(Papalia & Olds, 2004)

Las ocho etapas de Desarrollo Psicosocial de Erik Erikson se desarrollan de la siguiente manera:

1. Confianza vs Desconfianza. Este estadio transcurre desde el nacimiento hasta los dieciocho meses de vida, y depende de la relación o vínculo que se haya creado con la madre. La relación con la madre determinará los futuros vínculos que se establecerán con las personas a lo largo de su vida. Es la sensación de confianza, vulnerabilidad, frustración, satisfacción y seguridad.
2. Autonomía vs Vergüenza y duda. Este estadio empieza desde los 18 meses hasta los 3 años de vida del niño. Durante este estadio el niño emprende su desarrollo cognitivo y muscular, cuando comienza a controlar y ejercitar los músculos que se relacionan con las excreciones corporales. Este proceso de aprendizaje puede conducir a momentos de dudas y de vergüenza.
3. Iniciativa vs Culpa. Este estadio viaja desde los 3 hasta los 5 años de edad. El niño empieza a desarrollarse muy rápido, tanto física como intelectualmente. Crece su interés por relacionarse con otros niños, poniendo a prueba sus habilidades y capacidades. Los niños sienten curiosidad y es positivo motivarles para desarrollarse creativamente.



En caso de que los padres reaccionen de negativamente a las preguntas de los niños o a la iniciativa de éstos, es probable que les genere sensación de culpabilidad.

4. Laboriosidad vs Inferioridad. Este estadio se produce entre los 6-7 años hasta los 12 años. Los niños muestran un interés genuino por el funcionamiento de las cosas e intentan llevar a cabo muchas actividades por sí mismos, con su propio esfuerzo y poniendo en uso sus conocimientos y habilidades. Por esa razón es tan importante la estimulación positiva que pueda ofrecerle la escuela, en casa o por el grupo de iguales. Éste último comienza a adquirir una relevancia trascendental para ellos.
5. Exploración de la Identidad vs Difusión de Identidad. Este estadio tiene lugar durante la adolescencia. En esta etapa, una pregunta se formula de forma insistente: ¿quién soy? Los adolescentes empiezan a mostrarse más independientes y a tomar distancia de los padres. Prefieren pasar más tiempo con sus amigos y comienzan a pensar en el futuro y a decidir qué quieren estudiar, en qué trabajar, dónde vivir, etc.
6. Intimidad frente al Aislamiento. Este estadio comprende desde los 20 años hasta los 40, aproximadamente. La forma de relacionarse con otras personas se modifica, el individuo empieza a priorizar relaciones más íntimas que ofrezcan y requieran de un compromiso recíproco, una intimidad que genere una sensación de seguridad, de compañía, de confianza.

7. Generatividad frente al Estancamiento. Este estadio transcurre entre los 40 hasta los 60 años. Es un lapso de la vida en el que la persona dedica su tiempo a su familia. Se prioriza la búsqueda de equilibrio entre la productividad y el estancamiento; una productividad que está vinculada al futuro, al porvenir de los suyos y de las próximas generaciones, es la búsqueda de sentirse necesitado por los demás, ser y sentirse útil.

El estancamiento es esa pregunta que se hace el individuo: ¿qué es lo que hago aquí si no sirve para nada?; se siente estancado y no logra canalizar su esfuerzo para poder ofrecer algo a los suyos o al mundo.

8. Integridad del yo frente a la Desesperación. Este estadio se produce desde los 60 años hasta la muerte. Es un momento en el que el individuo deja de ser productivo, o al menos no produce tanto como era capaz anteriormente. Una etapa en la que la vida y la forma de vivir se ven alteradas totalmente, los amigos y familiares fallecen, uno tiene que afrontar los duelos que causa la vejez, tanto en el propio cuerpo como en el de los demás.

Massler (1974), sustentada en la teoría de Erikson, enfatiza: que a medida que el niño crece, ocurren cambios en sus estructuras y que cada etapa está caracterizada por un patrón de conducta diferente. Elaboró un esquema de conductas que pueden ser observadas en los niños antes y



durante la consulta odontológica, las cuales son concomitantes con su desarrollo físico, mental y emocional. El escolar (6 a 11 años), tiene la capacidad de aceptar la autoridad del odontólogo y prefiere estar solo con él; aunque persisten muchos temores, algunos desde la niñez y otros recién adquiridos. En síntesis, el comportamiento del niño, favorable o no a la asistencia odontológica, es explicado en una perspectiva integral, condicionado por factores de naturaleza intrínseca y los que derivan de su entorno social total".

El manejo de conducta del paciente infantil.(García, Parés , & Hinojosa , 2007) Señala que "el componente clave para el éxito en la Odontopediatría, considerando estas técnicas como modelos de aprendizaje. Uno de los principales retos de la Odontología Pediátrica es el manejo de la conducta, lo cual constituye un elemento fundamental del éxito en la especialidad".

Según Cárdenas (2011) "Los principales objetivos del manejo del comportamiento son:

Calidad del tratamiento: Brindar al paciente un tratamiento de excelente calidad. Es importante por lo tanto escoger las técnicas apropiadas con el fin de poder culminar el tratamiento de acuerdo con los criterios clínicos aceptados.

Seguridad: Proteger la integridad y seguridad física del paciente. Debe tratar de evitarse el comprometer la vía aérea mediante broncoaspiración, deglución de materiales u objetos, laceración de tejidos blandos con

instrumentos rotatorios o punzantes y lastimar físicamente al paciente. Sin embargo es importante aclararles a los padres que pueden presentarse accidentes a pesar de que se tomen todas las precauciones necesarias".

Comunicación: Es importante tratar de establecer algún tipo de comunicación tanto con el paciente como con sus padres. Aún con aquellos de temprana edad puede lograrse una comunicación no verbal, se busca que haya una interrelación positiva y evitar una confrontación a pesar de que exista un rechazo hacia el tratamiento.

Confianza y motivación: Otro objetivo es que tanto el paciente como sus padres desarrollen una actitud positiva y se motiven para regresar a los controles preventivos futuros, Un buen manejo y una buena motivación pueden por lo tanto servir como una ayuda eficaz de prevención" (p.

a) Ansiedad

Carrillo,, Grego, & Romero (2012)El término ansiedad "proviene del latín "anxietas" que significa congoja o aflicción. Diversos autores la señalan como una emoción, respuesta o patrón, rasgo de personalidad, estado, síntoma, síndrome y experiencia frente a situaciones amenazantes, preocupantes, externas o internas, que con mayor frecuencia experimenta el ser humano, las cuales pueden ser reales o imaginarias".

Reyes (2005) afirma: La ansiedad es una experiencia emocional que todos estamos familiarizados con ella, pero no por eso fácil de definir. La ansiedad es un fenómeno normal que lleva al conocimiento del propio ser, que moviliza las operaciones defensivas del organismo, es base para



el aprendizaje, estimula el desarrollo de la personalidad, motiva el logro de metas y contribuye a mantener un elevado nivel de trabajo y conducta. En exceso, la ansiedad es nociva, mal adaptativa, compromete la eficacia y conduce a las enfermedades (p.10) (Reyes, 2005)

Woodmansey (2005) Señaló que “en ocasiones, el sistema de respuesta a la ansiedad se ve desbordado y funciona incorrectamente. Más concretamente, es desproporcionada con la situación e incluso, a veces, se presenta en ausencia de cualquier peligro ostensible. El sujeto se siente paralizado con un sentimiento de indefensión y en general, se produce un deterioro del funcionamiento psicosocial y fisiológico”.

“Se dice que cuando la ansiedad se presenta en instantes inadecuados o es tan intensa y duradera que interfiere con las actividades normales de la persona, entonces se le considera como un trastorno”(Alvarado, 2015). Por su parte,(Ríos, 2011)estableció “que la ansiedad opera como señal para buscar la adaptación, suele ser transitoria y la persona percibe sentimientos desagradables de tensión y aprehensión, pasado el período de exigencia o peligro vuelve a su condición basal”.

De acuerdo a Rowe (2005) “la ansiedad dental ante el tratamiento odontológico, llamada también fobia dental, ansiedad dental u odontofobia, está considerada en la categoría de fobias específicas y por extensión, se determinaron los mismos criterios diagnósticos establecidos en el Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-IV) para esta clasificación”. Mientras, para Márquez , Navarro, Cruz, & Gil (2004),



“el concepto más universalmente aceptado de ansiedad en el campo de la odontología se refiere a un complejo patrón de conducta asociado a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer antes y durante el proceder odontológico en los pacientes sin que lo identifiquemos. Según Navarro citado por Márquez, Navarro, Cruz & Gil (2004), “existen tres elementos diferenciadores entre la ansiedad y los miedos dentales: El principal elemento reside en la dimensión temporal entre la conducta y el ambiente propio de la odontología. La ansiedad sigue un patrón conductual anticipatorio, evocado por una situación preaversiva; es decir, se presenta de manera anticipada al tratamiento. Los miedos dentales, por el contrario, revisten un carácter contemporáneo con la consulta, tienen una relación de inmediatez con el acto clínico. El segundo elemento de diferenciación es la generalización de la respuesta, la ansiedad se da como un patrón global, evocado por el contexto del tratamiento, mientras que los miedos al odontólogo; se caracterizan como modelos discriminativos, controlados por estímulos específicos durante la consulta. Finalmente, los elementos operantes-motores por parte del paciente en la ansiedad son de evitación de ir al dentista, mientras que los que conllevan los miedos dentales son de escape del tratamiento, que se traducen en un comportamiento perturbador u obstaculizante durante la intervención” (p.166).

Moscoso (1998), Explicó que en estrecha concordancia con el modelo cognitivo de la ansiedad, las cogniciones asumen la forma de



pensamientos negativos respecto al tratamiento dental ellos pueden ser: Pérdida de control, posibilidad de desmayarse, tener un ataque de pánico, dolor intenso o deslizamiento de la "maquinita" para curar los dientes".

"Diversos estudios han demostrado que las cogniciones, antes descritas, son componentes significativos de la angustia frente a la consulta odontológica y que la frecuencia de éstas están relacionadas con los niveles de ansiedad que experimenta la persona, quiere decir que un individuo con altos porcentajes de la misma pone de manifiesto más pensamientos negativos, en tanto, un sujeto con una baja escala de esta evidencia menos situaciones dentales no favorecedoras"(Salas , Salas, Gabaldon, Mayoral, & Amalral, 2001).

Por otra parte, Ten Berg (2008) ha señalado que "diversos autores han señalado que la ansiedad en el tratamiento odontológico proviene de: Una experiencia previa negativa y dolorosa que ha suscitado una respuesta condicionada de miedo. Anécdotas de parientes y amigos cercanos de sus experiencias dentales desagradables. Representaciones poco favorecedoras de la odontología en los medios de comunicación. Una sensación de pérdida de control en el escenario del consultorio dental. - Vergüenza por el descuido dental y miedo al ridículo. Una sensación de despersonalización en el proceso de atención dental, intensificada por el empleo generalizado de barreras e indumentarias de protección (mascarilla, guantes de látex y otros protectores). Un medio general a lo desconocido".

Foloyan, Adekoya & Otuyemi (2002), enfatiza: "La ansiedad es la



principal dificultad atención odontológica, tienen una etiología multifactorial que incluye género, edad y origen cultural del niño, actitud del dentista y ansiedad de la madre, cada una de las cuales favorece en parte a la manifestación del cuadro. Estos cuadros pueden traer consecuencias negativas futuras para el niño tales como inhibición psicológica o del comportamiento y eventuales evasiones a situaciones odontológicas. Esto puede acarrear también un perjuicio para la salud bucal del niño, envolviendo problemas asociados como estigmas sociales y sentimientos de vergüenza e inferioridad”(Folayan, Adecoya, & Otuyemi, 2002)

Por otra parte Meira, Maris & Andreitina (2013), nos dice que, “cuando un paciente infantil llega para ser atendido por el odontólogo, trae más que una molestia en sus tejidos bucales, una carga emocional, de experiencias propias o de su entorno cercano, ya que es un ser humano que tiene miedo, ansiedad y gran preocupación por las sensaciones dolorosas. Ellos tienden a ser ansiosos y miedosos en mayor proporción que los adultos, debido a que están siempre expuestos a situaciones nuevas y desconocidas(Meira, Maris, & Andreitina, 2013).

Por este motivo, Milagron y Heitkemper citado por Sánchez, Toledo & Osorio (2004) señalan que; “El éxito de la práctica odontológica en niños depende no solo de las habilidades técnicas del odontólogo, sino también de su capacidad para lograr y mantener la cooperación infantil. La mayoría de los niños se esfuerzan por ser cooperadores; en estos casos el profesional deberá no sólo apoyar su conducta sino además mantenerla. Pero la actitud de un niño ante el tratamiento dental suele, con demasiada

frecuencia, dificultar dicho tratamiento ya que disminuye su cooperación y provoca la aparición de un comportamiento negativo. Desde hace años ha sido reconocida la ansiedad (o el miedo) como fuente de problemas en el manejo de un niño en la clínica dental”.

Soto & Reyes citado por Lima y Casanova (2006), nos dice que “es importante que el especialista en Odontología Infantil debe estar capacitado para reconocer y diferenciar los tipos de emociones que pueden presentarse, por medio de un conocimiento y entrenamiento de la evolución psicológica y emocional del niño, y realizar el manejo indicado para las mismas”(Lima & Casanova, 2006)

b) El Miedo dental

Escalona, & Figueroa (2013) El miedo es definido, “como un sentimiento, estado afectivo o sensación que provoca una perturbación angustiosa del ánimo por un riesgo, daño real o imaginario. Recelo o aprensión que uno tiene que le suceda una cosa contraria a lo que desea. Partiendo de esta definición, de la cual se pudo extraer que el miedo modifica la forma de ser del individuo, ya sea por algo interior o exterior, real o ficcional”.

El Diccionario Oxford (2003), Marchena, Fernadez, & Garcia, (2015) “argumentan que las causas principales del miedo serían la exposición a una estimulación traumática, el contacto repetido a una situación subtraumática (sensibilización), la observación directa o indirecta de personas que muestran temor y la recepción de información que lo provoca”.



En el mismo orden de ideas, Gray (1994) consideró "al miedo como un hipotético estado del cerebro o sistema neuroendocrino, que surge en determinadas condiciones y se manifiesta por ciertas formas de comportamiento".

En el desarrollo de las teorías explicativas del miedo, hay contribuciones de la psicología conductista de (Watson , 1924). "En esta teoría, calificada de simplista posteriormente, se señaló que los estímulos atemorizantes innatos, es decir, aquellos que no hemos aprendido, sino que simplemente desarrollan temor, debido a su potencial carácter peligroso para el individuo, podrían ser:

1. El ruido.
2. La pérdida de soporte inesperada.
3. El dolor".

Según Proleón (s/f), "El miedo es la reacción normal y adaptativa que experimentamos cuando nos enfrentamos a estímulos (situaciones, objetos y pensamientos) que implican peligro o amenaza, teniendo un valor de supervivencia. El miedo, como cualquier otra emoción, se manifiesta a tres niveles o tipos de respuesta: Expresiones conductuales visibles, sentimientos y pensamientos subjetivos y cambios fisiológicos acompañantes... Tanto en los humanos como en los animales, aparecen diferentes tipos de estrategias de conducta que van desde la inmovilidad total hasta los ataques de pánico con huida desesperada de la fuente de peligro. Los sentimientos que aparecen con el miedo son sensaciones



desagradables más o menos intensas (desde el simple malestar hasta el terror), urgencia de escapar y gritar, irritabilidad, ira, agresividad, sensación de irrealidad, percepción espacio-temporal alterada, falta de concentración, pensamientos irreales o distorsionados, etc" (Proleón, s/f).

Las consecuencias del miedo

Marcano (2012) al referirse sobre las consecuencias señala que "Pueden ser muy diversas, pero una exposición repetida a los estímulos que lo causan pueden provocar cambios duraderos en la conducta, los sentimientos y el funcionamiento psicofisiológico de las personas, llevando en mucho casos a estados de neurosis, actitudes histéricas, hipocondríacas o depresivas, las cuales deben comprobarse mediante una cuidadosa evaluación psicológica".

Por otro lado, en la obra de(Beks, 1999) se indicó "que el miedo que sufre el paciente puede ser modificado por factores generados por el entorno que lo rodea, conduciendo a la evasión de conflictos mayores...El comportamiento producido por estados de miedo va aunado con cambios fisiológicos, que acompañan básicamente las manifestaciones conductuales, que ocurren cuando se activa el eje hipotalámico–pituitario–adrenocorticoide, por las reacciones de tensión del organismo generando condiciones de excitación, incertidumbre, nerviosismo, preocupación en el individuo, que en muchos casos, dependiendo del grado de temor, pueden producir sensaciones indeseables, bien sea atacar o evadir el mal que activa el peligro potencial".

Según Zola (1994) en Odontología, "los niños experimentan miedo



y temor cuando visitan al odontólogo, esto los impide dormir la noche anterior a la consulta. Señala además que este sufrimiento se ve traducido no sólo por experiencias de maltrato recibido, sino por conflictos expresados en la boca. Así mismo recomienda que es tan importante conocer la historia biopatológica, ya que el síntoma no es casual ni arbitrario".

Para Garret citado por (Marchena, Fernandez, & Garcia, 2015) "el miedo dental en infantes puede manifestarse en formas diferentes: Brusca y episódica, en crisis (trastorno de pánico), persistente o continua, grave (trastorno de ansiedad generalizada) y tras un estrés identificable (trastorno por estrés postraumático). Los miedos al odontólogo, en infantes se pudieron explicar por motivos subjetivos, o bien por experiencias previas que le dan un fundamento objetivo al temor. En muchos casos, la aprehensión que siente el paciente, ante la consulta odontológica, no se relaciona con esta propiamente dicha, sino con el recuerdo de una situación anterior negativa".

Mientras, Beks (1999), señala "que las situaciones más comunes que producen mayor miedo en los pacientes infantiles durante la consulta, por lo general son:

1. El ruido de la turbina.
2. Oír al paciente que está dentro del consultorio quejarse.
3. La vista de los instrumentos con que lo van a tratar, especialmente la aguja.



4. La extracción de un diente.
5. El ruido del compresor.
6. El hecho de ver sangre.
7. Abrir la boca para ser inyectado.
8. Ver que inyectan a otro paciente.
9. Sentarse en el sillón dental.
10. El olor de los medicamentos.
11. Ver al odontólogo con la bata blanca".

Sánchez (1994) Desde la perspectiva del autor se destaca que es "muy importante reflexionar sobre las condiciones en que aparece el miedo dental, ya que al menos dos de cada tres adultos que lo padecen afirman que tuvo su origen en la infancia y adolescencia como consecuencia de una experiencia traumática. Casi la gran mayoría de los niños, han sufrido estas desagradables experiencias, desde luego imperdonables e injustificables la mayor parte de las veces, pero lo peor que se puede hacer es adquirir la postura de alejarse del odontólogo, ya que eso solamente acarreará más problemas".

Hibberler (2000) Expuso además que "dentro de las manifestaciones de miedo infantil más frecuentes, ocurridas durante la realización del tratamiento odontológico están:

1. Movimientos incontrolados de la lengua.



2. Ojos cerrados
3. Salivación excesiva.
4. Aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca.
5. Dientes cerrados.
6. Mandíbula apretada.
7. Gemido verbal y no verbal.
8. Risa nerviosa.
9. Temblor en las piernas y labio inferior.
10. Cierra los puños.
11. Cuerpo tenso.
12. Muerde.
13. Temblor de manos.
14. Micción involuntaria.
15. Quita violentamente la mano del odontólogo.
16. Miembros contraídos.
17. Sudoración excesiva no debida a calor.
18. Llanto.

19. Vómito.

20. Patea.

21. Es llevado forzosamente al interior del consultorio.

22. Se expresa dependiendo de la situación, de forma temerosa o con malas palabras".

2.2.1.3. Evaluación del comportamiento

La evaluación de la ansiedad y miedo dental en la consulta odontológica permite al profesional manejar el comportamiento de los niños en el momento de los procedimientos que se realizan como parte de la atención de los niños, además los resultados de la evaluación, es un conocimiento que prevé al especialista mejorar no solo los procedimientos y estrategias a aplicar sino mejorar la efectividad de los tratamientos que se instauran en el proceso de la atención.

Para la evaluación de la ansiedad y el miedo dental se utilizan muchos instrumentos, sin embargo, en el estudio se aplicará instrumentos ya utilizados en otras investigaciones.

2.2.1.4. Escalas de evaluación

Las escalas de evaluación permiten observar las reacciones de los niños ante una serie de reactivos, para ello se han estructurado bajo estudios y evaluaciones permanentes instrumentos que ayudan a detectar el comportamiento de los niños por ejemplo en una consulta dental.

Según Alfaro & Ramos (2014) “con el objeto de tratar de cuantificar el grado de ansiedad ante la consulta Odontopediátrica, se han desarrollado numerosas escalas y dentro de ellas distintos subtipos. Estas han permitido tener, al menos, un ligero conocimiento de la actitud del niño ante la sesión clínica. Dentro de ellos podemos citar”:

Según Marcano (2012), señaló que las escalas de evaluación fueron “formuladas para determinar los componentes del tratamiento que más angustia despiertan y generalizan las respuestas, estas escalas son:

1. Escala de imagen facial para evaluar ansiedad dental en niños, en inglés facial image scale (FIS).
2. Escala de ansiedad de Corah.
3. Inventario de ansiedad rasgo-estado para niños (IDAREN).
4. Cuestionario para trastornos emocionales infantiles relacionados con la ansiedad.
5. Inventario de ansiedad dental.
6. Escala de ansiedad infantil de Spence”.

Para este propósito, la evaluación de la ansiedad en el estudio se aplicará la Escala de ansiedad de Corah y el “Cuestionario para trastornos emocionales infantiles relacionados con la ansiedad” (Marcano, 2012)

- **Escala de Ansiedad de CORAH**(Corah N. , 1969)

Según Cerron (2010) “la Escala de Corah es muy utilizada en niños y es la más aplicada en este tipo de valoraciones. Esta escala compuesta por cuatro preguntas, con cinco alternativas para cada una, siendo atribuidos

los siguientes puntajes:

Sin ansiedad (puntuación igual a 4);

Baja ansiedad (entre 5 y 9);

Ansiedad moderada (valores entre 10 y 14);

Alta ansiedad (para 15 y 20 puntos).

En esta escala se utilizan cuatro preguntas básicas, que bien pueden ser contestadas por los padres si su hijo es muy pequeño o por el mismo paciente si ya es capaz de entenderla".

- La Escala de evaluación de miedos dentales para niños (Corah N. , 1969):

(Cuthberg & Melamed, 1982), señala que "es un cuestionario con quince ítems relacionados con el tratamiento y la situación dental. Los niños responden en una escala tipo Lickert de 5 puntos (de 1, no tener miedo, a 5 muchísimo miedo). Las puntuaciones obtenidas se encuentran en un rango entre 15 y 75 puntos. Se considera que los niños informan de altos niveles de temor cuando obtienen una puntuación igual o mayor de 45 puntos".

2.3. MARCO CONCEPTUAL

Ambiente odontológico

Según Peñafiel (2012) define como "el espacio desarrollado para la atención de pacientes con necesidades bucales. Para el niño, este

contiene una serie de eventos aversivos tales como gente desconocida, procedimientos extraños y máquinas atemorizantes. Investigaciones han comprobado que los niños inmersos en ambientes odontológicos agradables, exhiben los más bajos niveles de ansiedad, donde el infante se sienta seguro”.

Miedo

Desde Zaccagnini (2011), “el miedo o temor es una emoción caracterizada por un intenso sentimiento habitualmente desagradable, provocado por la percepción de un peligro, real o supuesto, presente, futuro o incluso pasado. Es una emoción primaria que se deriva de la aversión natural al riesgo o la amenaza”.

Ansiedad

Según Gold (2006), ansiedad “es un grupo de entidades nosológicas psiquiátricas que pueden presentarse en todas las etapas del desarrollo (niño, adolescente, adulto), pero que adquieren una importancia fundamental en la niñez”.

Angustia

Para Sierra (2003), “La angustia es la emoción más universalmente experimentada por el ser humano, tiene un efecto de inmovilización y conduce al sobrecogimiento en innumerables ocasiones; se define como una emoción compleja, difusa y desagradable que conlleva serias repercusiones psíquicas y orgánicas en el sujeto; la angustia es visceral, obstructiva y aparece cuando un individuo se siente amenazado por algo”.



Conducta

Villoria (2015) nos dice que la conducta “es el modo de proceder o comportarse una persona. La conducta puede ser manifiesta/observable (la acción física-motora, o reacciones fisiológicas como por ejemplo palpitaciones, sudoración,...) o encubierta (pensamientos o emociones, como la preocupación, la alegría... son observables por la propia persona) pero como decíamos anteriormente, ambas formas son conducta”.

Dolor

“Es la sensación que ocasiona molestia en una parte del cuerpo. Sensación o experiencia, subjetiva, personal e intransferible, de carácter desagradable asociada a lesión tisular real o potencial”(Castroman, 2015).

Estrés

Berrio & Mazo (2011) Define “como el estado de sobrecarga y tensión física o psíquica con la sensación consiguiente de cansancio”.

Estímulo

Para Hermoso (2014), estímulo “es la breve excitación de un órgano que produce una reacción. Incita a una persona a determinada actividad o a un mayor ritmo de ella”.

Odontopediatría

Según Figueroa & Guevara (2011) odontopediatría “es la rama de la odontología que trabaja con niños desde el nacimiento hasta la adolescencia. Esta disciplina se centra en el crecimiento

infantil/adolescente y el desarrollo, la causalidad y prevención de enfermedades, psicología infantil y de gestión de todos los aspectos de la alta especialización pediátrica, técnicas de restauración y modalidades".

2.4. HIPÓTESIS

2.4.1. Hipótesis general

Las técnicas no-farmacológicas son efectivos en el manejo de la ansiedad y miedo dental de los niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente, Puno 2017.

2.4.2. Hipótesis específicas

- Existe diferencia significativa entre los niveles de ansiedad de los niños del grupo experimental que reciben las técnicas no farmacológicas, con los del grupo control que no la reciben.
- Existe diferencia significativa entre los niveles de miedo dental de los niños del grupo experimental que reciben las técnicas no farmacológicas, con los del grupo control que no la reciben.

2.5. VARIABLES E INDICADORES

Variable Independiente

Técnicas no-farmacológicas

Indicadores

- Decir-Mostrar-Hacer
- Distracción-Voz-Distracción
- Modelado

- Refuerzo positivo

Variable dependiente

- Manejo del Comportamiento

Indicadores

- Nivel de ansiedad
- Nivel de miedo dental

2.5.1. Conceptualización de variables

Técnicas no-farmacológicas

Es el conjunto de técnicas No Farmacológicas Decir-Mostrar-Hacer, Distracción voz- distracción, modelado y refuerzo positivo, para de manejo del comportamiento del niño que presenta ansiedad y miedo en la consulta odontológica. Cárdenas (2011), señala que "El manejo del comportamiento consiste en una evaluación del paciente y una adaptación constante mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación, están encaminadas a controlar diversas emociones de forma aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación" (p.4).

Manejo del comportamiento

Es la intervención que se realiza sobre el conjunto de comportamientos exhibidos por los niños al presentar ansiedad y miedo dental, considerando técnicas como modelos de aprendizaje, con la finalidad de disminuir los altos niveles de este comportamiento.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO
VI: Técnicas no farmacológicas	Estrategias	<p>Decir-mostrar-hacer</p> <ul style="list-style-type: none"> Explicar en lenguaje adecuado Mostrar procedimiento con objetos inanimados Hacer el procedimiento <p>Distracción voz- distracción</p> <ul style="list-style-type: none"> Utilizar muñecos educativos u objetos inanimados Uso de videos de dibujos animados o Vídeo Juegos favoritos, <p>Modelado</p> <ul style="list-style-type: none"> Modelo en vivo con características similares a las del niño objetivo <p>Refuerzo positivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Uso de recompensas para estimular el buen comportamiento, generalmente un "juguete" de bajo costo 	Plan de intervención

VARIABLES	DIMENSIÓN	INDICADORES	ÍNDICE	INSTRUMENTO
VD: Manejo del comportamiento	Nivel de ansiedad	Escala de ansiedad de CORAH	<ul style="list-style-type: none"> Sin ansiedad (4 puntos) Baja (5 y 9 puntos) Medio (10 y 14 puntos) Alta (15 y 20 puntos). 	Test de Escala de ansiedad de CORAH
	Nivel de miedo dental	Escala de evaluación de miedos dentales en niños	<ul style="list-style-type: none"> Bajo (15 puntos) Miedo (16 a 37 puntos) Alto (por encima de 38 puntos) Cuthberg & Melamed (1982) 	Test de Escala de evaluación de miedos dentales en niños Cuthberg & Melamed, (1982)



CAPÍTULO III

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN

En el estudio se utilizaron los siguientes métodos:

El método de la investigación es experimental porque se sometió a prueba dos grupos uno experimental donde se aplicaron las técnicas no farmacológicas utilizando la metodología activa y otro grupo de control donde no se aplican las técnicas.

Además para el procesamiento de la información se utilizó el método deductivo, de análisis y síntesis.

El método deductivo

Según Dávila (2006) "La deducción permite establecer un vínculo de unión entre teoría y observación y permite deducir a partir de la teoría los fenómenos objeto de observación", bajo esta premisa este método en el estudio permitió analizar y contrastar los resultados obtenidos en la investigación partiendo de los datos generales obtenidos como válidos

para llegar a conclusiones de tipo particular y así proporcionar una información adecuada.

Método inductivo

La inducción conlleva a acumular conocimientos e informaciones aisladas (Dávila, 2006). Bajo esta afirmación en el estudio a partir de la información obtenida se pudo obtener conclusiones que partieron de los resultados y así llegar a conclusiones generales.

Método análisis síntesis

Este método consistió en ir de lo compuesto a los elementos componentes; o de los elementos al todo complejo que forman. Se refiere a hechos o seres concretos, y constituyen el patrón de toda experimentación científica.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Tipo de estudio: El presente trabajo de investigación fue de tipo experimental, cuantitativo y aplicada.

Experimental

Porque se manipuló la variable independiente y se sometió a prueba la variable dependiente en función de las bases teóricas, relacionadas con la experiencia de campo en lo que respecta al manejo del comportamiento.

Cuantitativo

Desde el punto de vista cuantitativo, es un proceso sistemático y ordenado que se llevó a cabo siguiendo determinados pasos, de acuerdo con una estructura lógica de decisiones y con una estrategia que oriente la

obtención de respuestas adecuadas a los problemas de indagación propuestas.

Aplicada

Tipo de investigación cuyo propósito fue dar solución a situaciones o problemas concretos e identificables; parte (por lo general, aunque no siempre) del conocimiento generado por la investigación básica, tanto para identificar problemas sobre los que se debe intervenir como para definir las estrategias de solución.

Diseño

Según Hernández & Fernández (2003), el diseño de la investigación representa el plan, estructura y la estrategia concebida por el investigador para obtener la información que se desea en base a los objetivos de estudio y dar respuesta a la pregunta de investigación planteada, por lo tanto el diseño que se aplicará en esta investigación será el Cuasi-experimental de series cronológicas.

El diseño de la Investigación es cuasi-experimental de series cronológicas porque se trabajó con dos grupos, uno denominado de control y otro denominado experimental, a quienes se les aplicó el pre-test y el pos-test. Al grupo experimental se administrará las "Técnicas No farmacológicas" mientras el grupo control no recibirá este tratamiento.

El esquema del diseño de la investigación es:

G.E. $O_1 - X - O_2$

G.C. $O_1 \text{ ----- } O_2$

Donde:

- G.E. : Grupo experimental.
- G.C. : Grupo control
- O₁ : Pre – Test
- O₂ : Post –Test
- X : Diseño del experimento

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA**3.3.1. Población**

Población es “el conjunto de personas u objetos de los que se desea conocer algo en una investigación” López (2004). En el estudio la población de estudio, estuvo conformada por 120 niños en edad escolar que acuden a la consulta odontológica en la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente Puno, los que serán tomados de referencia para el cálculo del tamaño de muestra.

3.3.2. Muestra

La muestra estuvo conformada por 16 niños en edad escolar de 6 a 11 años de edad que acudieron a la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente, durante el periodo de investigación, los que fueron calculados con la siguiente fórmula para poblaciones finitas.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

en donde,

N = Total de la población (120)

$Z_{\alpha} = 1.96$ al cuadrado (si la seguridad es del 95%)

p = proporción esperada (en este caso 5% = 0.05)

$q = 1 - p$ (en este caso $1 - 0.05 = 0.95$)

d = precisión (10%).

$$120 (1.96)^2 (0,05) (0,95)$$

$$n = \frac{120 (1.96)^2 (0,05) (0,95)}{(0,1)^2}$$

$$(0,1)^2 (120-1) + (1,96)^2 (0,5) (0,95)$$

21.9

$$n = \frac{21.9}{1,37} = 15,98$$

1,37

$n = 16$ niños en edad escolar

Por lo tanto

La muestra estuvo emparejada de la siguiente forma:

- 16 niños en edad escolar para el grupo experimental
- 16 niños en edad escolar para el grupo control

Criterios de inclusión

Niños con edades comprendidas entre 6 a 11 años de edad

Niños que se encuentran física y emocionalmente sanos.

Criterios de exclusión

Niños que presentan alguna enfermedad sistémica

Niños con problemas neurológicos y/o enfermedades congénitas

Niños con algún síndrome relevante

3.4. TÉCNICAS, FUENTES E INSTRUMENTOS

3.4.1. Técnicas

En el estudio para el registro de datos se utilizó las técnicas de la Encuesta y la observación.

Encuesta

Este es un método de recolección de datos en los cuales se definen específicamente grupos de individuos que dan respuesta a un número de preguntas específicas; en el estudio permitió recabar la información sobre la ansiedad y miedo dental en los niños de 6 a 11 años que acuden a la consulta en la Clínica Odontológica del Niño y Adolescente.

Observación

Es una técnica que consiste en observar atentamente el fenómeno, hecho o caso, tomar información y registrarla para su posterior análisis.

La observación es un elemento fundamental de todo proceso investigativo; en ella se apoya el investigador para obtener el mayor número de datos. En el estudio esta técnica permitió aplicar sucesivamente las técnicas no farmacológicas en el niño durante la atención odontológica.

3.4.2. Instrumentos

El instrumento de recolección de datos está orientado a crear las condiciones para la medición(Chavez, 2008), en el estudio se utilizaron dos instrumentos, uno para medir el nivel ansiedad en los niños y otra el miedo dental, como a continuación se detallan:

Escala de Evaluación de Miedos en Niños Subescala Dental Anexo

(2) (CHILDREN'S FEAR SURVEY SCHEDULE – DENTAL SUBSCALE (CFSS-DS). El CFSS-SD “es una versión adaptada de un cuestionario de evaluación de miedos infantiles en general (FSS-FC) desarrollado por (Cuthberg, M; Melamend , B, 1982)“en 1982 que es utilizada hasta hoy en día para investigaciones sobre el miedo odontológico infantil en varios países. El CFSS – SD es un cuestionario considerado de fácil aplicación e interpretación”.

De este modo los autores como, Ten , Veerkamp, & Hoogstreten (1998) y Folayan & Kplawole (2004) “sugieren la utilización clínica de este instrumento. La escala está constituida de 15 ítems relacionados a los diversos aspectos del tratamiento odontológico, como la turbina o inyecciones y situaciones médicas. Los niños responde en una escala tipo lickert de 5 puntos (de 1, no tener miedo, a 5 mucho miedo). La suma total de los scores alcanzan un mínimo de 15 y un máximo de 75 puntos. Siendo atribuida los siguientes puntajes igual a 15 (Sin miedo), puntuaciones de 16 a 37 (Bajo miedo) y puntuaciones de 38 a más (Alto miedo).

Según (Holmes & Girdler (2005), Singh, Moraes, & Bovi (2000). “Este instrumento puede ser aplicado directamente en niños, cuando tienen 7 años a más. En el estudio esta escala permitirá al niño registrar las respuestas sobre la ansiedad que presenta antes y después de recibir las técnicas no farmacológicas”.

A nivel local este instrumento fue utilizado en el estudio de Lazo A, Ramos W, Mercado J. en su investigación titulada "Nivel de ansiedad antes y después de un tratamiento odontológico en niños de 4 a 8 años de edad" Puno 2014, por tanto, consideramos que la escala es válido para su aplicación en niños del presente estudio.

Escala de evaluación de ansiedad en niños (Anexo N°3),

Escala de Ansiedad Dental de CORAH - (DAS – Dental Anxiety Scale). (Norman L. Corha). (Anexo 2) "La Escala tiene cuatro items, con cinco alternativas para cada una, siendo atribuida los siguientes puntajes: puntuaciones igual a 4 (sin ansiedad), puntuaciones entre 5 y 9 (baja ansiedad), puntuaciones entre 10 y 14 (ansiedad moderada) y puntuaciones entre 15 y 20 (ansiedad alta)"Corah, 1969).

"La confiabilidad de la escala ha sido evaluada, siendo calificada como satisfactoria, mientras que la validez se ha determinado como aceptable"Corah, 1969).

Esta escala permitió al niño del grupo experimental y control registrar las respuestas ante las interrogantes formuladas sobre el miedo dental, previa aprobación del Consentimiento Informado. (AnexoN°8).

Este instrumento fue utilizado en el estudio de Tasayco (2010). en su investigación "Nivel de ansiedad en relación a la aplicación de musicoterapia en niños de 6 a 8 años atendidos en la clínica odontológica de la universidad

Norbert Wiener en Lima-Perú, 2010"; así mismo por Cerrón (2010).
"Miedo en niños de 4 a 12 años de edad en relación a sus experiencias dentales y la ansiedad materna en el instituto de salud oral de la fuerza aérea del Perú en el año 2010". Fundamentos que determinan que este instrumento se considere válido para ser aplicado en el presente estudio.

3.5. DISEÑO DE CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS

- En este acápite se realizaron las siguientes actividades:
- Los datos recolectados fueron sistematizados en una hoja de Microsoft Excel, según las variables de estudio, debidamente codificados.
- Se aplicó la estadística descriptiva porcentual para la elaboración de tablas y gráficos.
- De acuerdo a los objetivos, la hipótesis y la operacionalización de variables del estudio, se realizaron los siguientes análisis:

Porcentaje: P

$$P = \frac{x}{n}(100)$$

Donde:

x: Número de casos favorables.

n: Tamaño de muestra

Promedio: \bar{X}

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^n X_i}{n}$$

Donde:

\bar{X} : Promedio muestral (control y experimental).

X_i : Puntaje individual (control y experimental)

n : Tamaño muestral (experimental=16 y control=16)

Varianza:

$$S^2 = \frac{\sum_{i=1}^n X_i^2 - \frac{\left(\sum_{i=1}^n X_i\right)^2}{n}}{n-1}$$

Donde:

S^2 : Varianza muestral (experimental y control).

X_i : Puntaje individual (experimental y control)

n : Tamaño de muestra (experimental=16, control=16)

Prueba de diferencia de promedios

Se aplicó la prueba t de student para dos promedios, mediante el programa estadístico SSPS-10.

a) Nivel de significancia

$$\alpha = 5\% = 0.05$$

b) Prueba estadística

$$T_C = \frac{(\bar{X}_{Experimental} - \bar{X}_{Control})}{\sqrt{\frac{(n_E - 1)S_E^2 + (n_C - 1)S_C^2}{n_E + n_C - 2} \left[\frac{1}{n_E} + \frac{1}{n_C} \right]}}$$

Donde:

T_C : Prueba t calculado.

\bar{X}_E : Promedio muestral grupo experimental.

\bar{X}_C : Promedio muestral grupo control.



S_E^2 : Varianza muestral grupo experimental.

S_C^2 : Varianza muestral grupo control.

n_E : Tamaño de muestra grupo experimental.

n_C : Tamaño de muestra grupo control.





CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

La investigación ha sido planeada científica y sistemáticamente.

Se ha ejecutado acorde al diseño propuesto, aplicando el cuestionario precodificado y como instrumento la encuesta.

Los resultados patentizan los objetivos propuestos en la investigación.

4.2. INTERPRETACIÓN Y ANÁLISIS

A través de tablas y figuras estadísticas se ilustran los resultados los cuales se interpretan y analizan detalladamente.

TABLA 1

EDAD DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
ANTES DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS,
PUNO 2017.

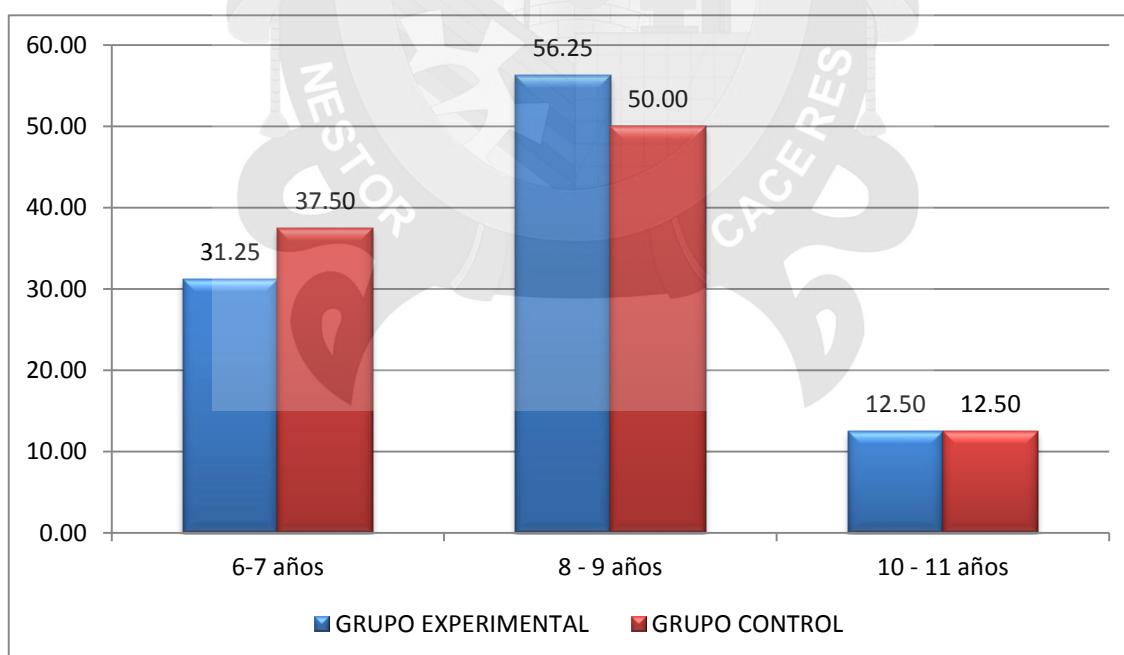
EDAD	GRUPO			
	EXPERIMENTAL		GRUPO CONTROL	
	Nº	%	Nº	%
6-7 años	5	31.25	6	37.50
8 - 9 años	9	56.25	8	50.00
10 - 11 años	2	12.50	2	12.50
TOTAL	16	100.00	16	100.00

Fuente: Registro de datos

Elaboración: Propia

FIGURA 1

EDAD DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE
ANTES DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS,
PUNO 2017.



Fuente: Tabla 1

Elaboración: Propia



Interpretación y análisis

Los resultados de la tabla y figura 1, muestran que, el 56,25% de los niños del grupo experimental que acudieron a la Clínica Odontológica del Niño y del Adolescente tenían entre 8 a 9 años de edad, el 31,25% se encontraban en el grupo de 6 a 7 años, y el 12,50% entre 10 a 11 años de edad; en el grupo control, el 50% en edades de 8 a 9 años, 37,50% entre 6 a 7 años y el 12,50% de 10 a 11 años de edad.

Los resultados demuestran que, el mayor porcentaje de niños que acudieron a la consulta odontológica tanto en el grupo experimental y control fueron en edades de 8 a 9 años y menor porcentaje niños de 10 a 11 años, lo que difiere con lo señalado por la Organización Panamericana de la Salud, quién menciona que los problemas dentales aumenta a medida que lo hace la edad del niño (Organización Panamericana de la salud, 2000). Sin embargo, podemos observar en los resultados que los problemas dentales vienen apareciendo a muy temprana edad entre los 6 a 7 años, a pesar que aumenta a los 8 a 9 años, disminuye el porcentaje de niños que consultan entre los 10 a 11 años, lo cual revela el incremento de afecciones dentarias en nuestro medio entre los 8 a 9 años.

TABLA 2

NIVEL DE ANSIEDAD EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE ANTES DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS, PUNO 2017.

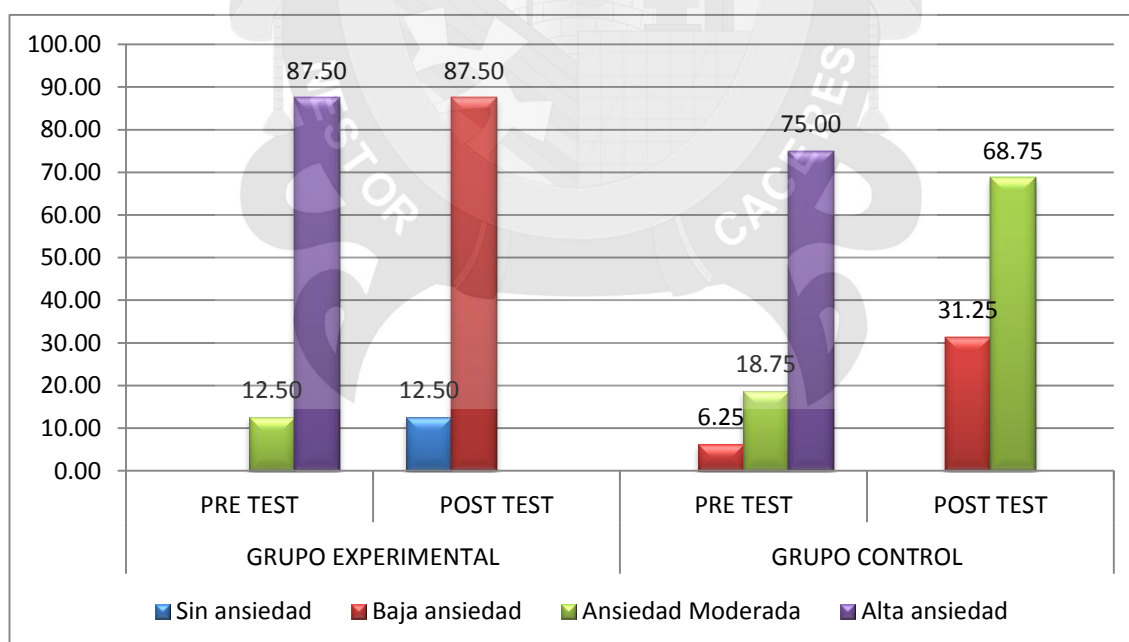
NIVEL DE ANSIEDAD	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Sin ansiedad	0	0.00	2	12.50	0	0.00	0	0.00
Baja ansiedad	0	0.00	14	87.50	1	6.25	5	31.25
Ansiedad moderada	2	12.50	0	0.00	3	18.75	11	68.75
Alta ansiedad	14	87.50	0	0.00	12	75.00	0	0.00
TOTAL	16	100.00	16	100.00	16	100.00	16	100.00

Fuente: Registro del Test de Escala de ansiedad de CORAH

Elaboración: Propia

FIGURA 2

NIVEL DE ANSIEDAD EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE ANTES DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS, PUNO 2017.



Fuente: Tabla 2

Elaboración: Propia

Interpretación y análisis

Los resultados de la tabla y figura 2, muestran que, el 87,50% de los niños del grupo experimental antes de recibir atención en la Clínica del Niño y Adolescente presentaban nivel de ansiedad alta y el 12,5% nivel de ansiedad moderada; después de aplicar las técnicas no farmacológicas el 87,50% de los niños presentaron nivel de ansiedad baja y el 12,5% sin ansiedad.

En el grupo control en la evaluación inicial el 75% de los niños presentaban alta ansiedad, 18,75% ansiedad moderada y 6,25% baja ansiedad; en la evaluación post test, el 68,75% presentó ansiedad moderada y el 31,25% baja ansiedad.

Con los valores obtenidos en la prueba t-Student se ha obtenido $p=0,001$ que es mucho menor a un error de 0.05 y el valor T es igual a -3.937 mayor que el punto crítico de la distribución hallada en las tablas estadísticas que es igual a 2,131, lo que significa que el nivel de ansiedad de los niños del grupo experimental que recibieron las técnicas no-farmacológicas son significativamente diferentes al nivel de ansiedad de los niños del grupo control que no recibe este tratamiento.

Los resultados evidencian que el comportamiento de los niños de ambos grupos de estudio antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas presentó un comportamiento ansioso. Al respecto, se puede señalar que el comportamiento descrito por Erikson es compatible con los hallazgos, porque se ha señalado que todo niño en edad escolar antes y durante la consulta odontológica, son concomitantes con su desarrollo físico, mental y emocional,



muchas veces está relacionado por temores adquiridos desde la niñez o en forma reciente, por ello durante el comportamiento desfavorable aparece la ansiedad, como se muestra en los resultados la mayoría presenta ansiedad alta.

La ansiedad dental ante el tratamiento odontológico (Rowe, 2005), es un complejo patrón de conducta asociado a una activación fisiológica, que ocurre en respuesta a estímulos internos (cognitivos y somáticos) y externos (ambientales), que pueden aparecer antes y durante el proceder odontológico en los pacientes sin que lo identifiquemos, de ahí la importancia de manejar este comportamiento para lograr la debida adaptación; como lo señala (Garzón de Morella, 1995) Adaptar al niño a la consulta odontológica significa lograr y mantener su colaboración al tratamiento mediante un proceso de enseñanza - aprendizaje a través del cual se promueve en el niño una actitud positiva a la Odontología.

Los logros obtenidos en niños del grupo experimental después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas como Decir-Mostrar-Hacer, se basan en la teoría de (Garzón de Morella, 1995), ya que los niños gracias a este aprendizaje mostraron un comportamiento cooperativo, porque el nivel de ansiedad alta disminuye drásticamente a un nivel bajo, donde definitivamente juega un rol importante la capacidad de las técnicas no farmacológicas, porque están encaminadas a controlar diversas emociones, mediante la aplicación de diversas técnicas de manera aislada o simultánea, de acuerdo con cada situación, considerando que cada niño posee reacción diferente a situaciones estresantes.



Los resultados del estudio es diferente a los datos reportados por Rivera y Parra (2005) en Bogotá, porque la mayoría de los escolares evaluados mostraban niveles moderados de ansiedad dental, y sólo entre el 14-15 % de ellos presentaban niveles de ansiedad clínicamente significativos; sin embargo, presenta semejanza con otro estudio realizado por Marcano, Figueredo y Orozco (2012) en Colombia, donde se demostró que el 80,8% los niños escolares presentaban ansiedad. También encontramos similitud con el estudio de Urbina(2006) en Lima Perú, porque demostró que el mayor porcentaje de niños presentaron ansiedad alta y que ésta disminuye a medida que aumenta la edad.

Los resultados obtenidos en niños del grupo control que no recibieron orientación con técnicas no farmacológicas, demuestran que el nivel de ansiedad desciende a niveles moderados y baja ansiedad, esto implica que las acciones de solo una explicación breve al niño sobre los procedimientos que se realizaran durante la consulta odontológica y sin ayuda metodológica no controla emociones en el niño. Indudablemente, con el cambio producido el niño continuará con ansiedad y esta se constituirá en una experiencia negativa.

En consecuencia, el nivel de ansiedad está presente antes de la consulta odontológica y que requiere de un manejo adecuado con técnicas no farmacológicas para establecer comunicación con el niño, esto permitirá no solamente a que el odontólogo conozca mejor a su paciente sino, mayor aceptación del niño hacia el tratamiento odontológico y también podrá lograrse a que el niño se relaje y coopere con los procedimientos a aplicarse durante el tratamiento.

TABLA 3

NIVEL DE MIEDO DENTAL EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE ANTES DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS, PUNO 2017.

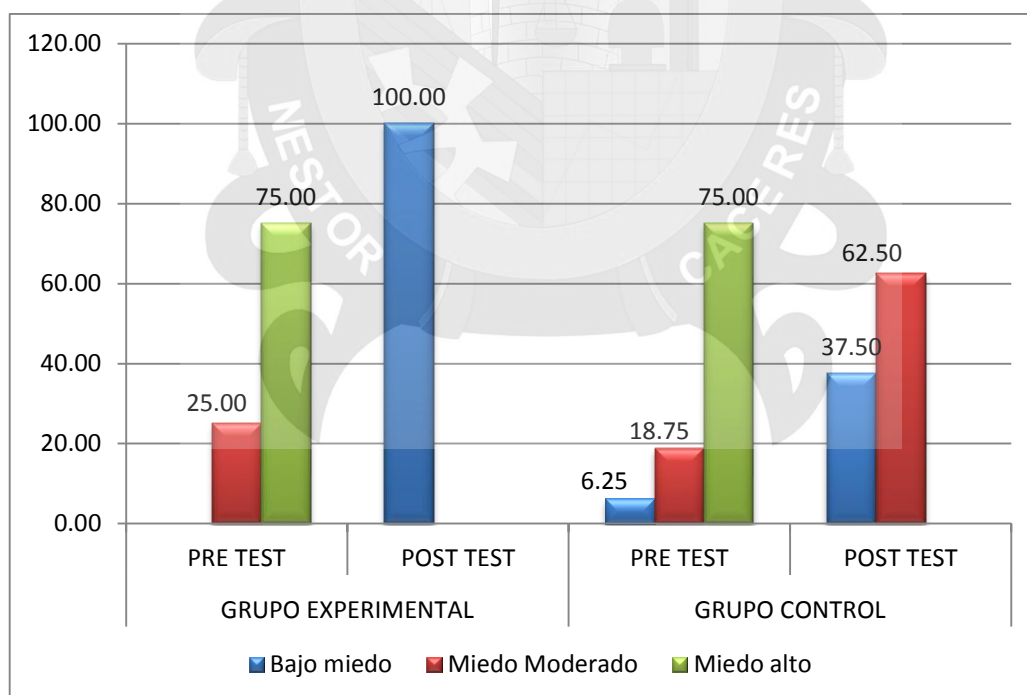
NIVEL DE MIEDO DENTAL	GRUPO EXPERIMENTAL				GRUPO CONTROL			
	PRE TEST		POST TEST		PRE TEST		POST TEST	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Bajo miedo	0	0.00	16	100.00	1	6.25	6	37.50
Miedo moderado	4	25.00	0	0.00	3	18.75	10	62.50
Miedo alto	12	75.00	0	0.00	12	75.00	0	0.00
TOTAL	16	100.00	16	100.00	16	100.00	16	100.00

Fuente: Registro del Test de Escala de evaluación de miedos dentales

Elaboración: Propia

FIGURA 3

NIVEL DE MIEDO DENTAL EN EL COMPORTAMIENTO DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE ANTES DE LA APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS, PUNO 2017.



Fuente: Tabla 3

Elaboración: Propia



Interpretación y análisis

Al estudiar el nivel de miedo dental en el comportamiento de los niños de 6 a 11 años de edad que acuden a la consulta odontológica muestran que, el 75,0% de los niños antes de recibir atención presentaban un nivel de miedo alto y el 25% nivel de miedo medio; después del manejo del comportamiento con la aplicación de técnicas no farmacológicas el 100% presentaron nivel de miedo bajo.

En el grupo control, a la evaluación inicial el 75% de niños presentaron miedo alto, 18,75% miedo moderado y 6.25% bajo miedo, a la evaluación con el post test el 62,5% presenta miedo moderado y el 37,50% miedo bajo.

Con los valores obtenidos en la prueba t-Student se ha obtenido $p=0,000$ que es mucho menor a un error de 0.05 y el valor T es igual a -7.881 mayor que el punto crítico de la distribución hallada en las tablas estadísticas que es igual a 2,131, por tanto, los resultados del miedo dental de los niños del grupo experimental que recibieron las técnicas no-farmacológicas son significativamente diferentes al nivel de miedo dental de los niños del grupo control que no recibe este tratamiento.

Con estos resultados se demuestra que el miedo dental que experimentan los niños del grupo experimental y control cuando visitan al Odontólogo, les impide aceptar el tratamiento que requieren. Al respecto Zola (1994) refiere que este sufrimiento se ve traducido. "En la boca están expresadas las emociones más primitivas del placer, dolor, agresión y pérdida, la situación resulta de por sí angustiante si se tiene en cuenta, la posición que adopta el niño el sillón que lo deja en un estado de indefensión, sumado a que en muchos casos llega con



dolor”(Rodriguez, Fernández , & García , 2015). De ahí la importancia de actuar según como aqueja el niño, donde es necesario brindarles un ambiente de confianza; como se logró con la aplicación de las técnicas no farmacológicas, que gracias a sus propiedades como lo refiere (Medina J. , 1988), no solo facilitan al odontólogo brindar el tratamiento clínico al niño, sino que permiten proporcionarle un ambiente acogedor y una relación afectiva y cariñosa, sobre la base de un abordaje psicológico realizado con conciencia, honestidad y criterio objetivo, además de tratar de lograr una adecuada comunicación entre el niño y el odontólogo.

La disminución de miedo obtenido en los niños del grupo control definitivamente no son del todo alentadores, porque la mayoría de los niños aún son tratados con un nivel de miedo moderado, que va ocasionar definitivamente experiencia negativa sobre la consulta odontológica, lo que no favorece para la continuidad del tratamiento o la visita odontológica en tiempos posteriores.

Al comparar los resultados obtenidos antes de la intervención con las técnicas no farmacológicas, en cierta medida tienen semejanza con Gustafsson (2010) en Suecia, porque se demostró “que el miedo al dentista en niños de 8 a 12 años de edad; está relacionado a la ansiedad, diferentes tipos de temperamento y emociones y que los niveles de miedo en el niño, por una parte, se vinculan con el estilo que el dentista desarrolla durante su actuación, lo que definitivamente repercute de gran manera en su comportamiento aumentando el nivel de miedo dental”, así como se encontró en los niños en estudio. Así mismo, los resultados son compatibles con el estudio de Marcano (2012) en Colombia, al



aplicar la Escala de evaluación de miedos dentales el 70,9% presentó niveles altos de miedo en edad escolar.

Consolidando este análisis se puede inferir que los niños antes de la consulta odontológica presentan altos niveles de miedo y que esta puede ser revertida en su totalidad cuando el profesional de la odontología en la primera visita odontológica maneja el comportamiento del niño para crear una experiencia satisfactoria y estimulante, a fin de que esta no se convierta más tarde en miedo, que pueda dar origen a fobias y verdaderos traumas a futuro. A pesar que la mayoría de los niños son excelentes pacientes odontológicos, su comportamiento es muy variable en el consultorio, pudiendo observarse manifestaciones diferentes, tales como: comportamientos agresivos, histéricos e incluso, temerosos y aprensivos. Por esta razón, en la atención del niño no existen dos casos similares, cada paciente constituye una peculiaridad, puesto que sus reacciones tienen que ver con las etapas de crecimiento y desarrollo, las características de la salud del niño, las condiciones socio culturales de los padres y otros elementos que hacen distintas las respuestas de cada niño en particular, de ahí que la aplicación de una sola técnica es suficiente para disminuir el miedo dental o tener que utilizar otras técnicas más (Anexo 5) para lograr el objetivo propuesto.

CONCLUSIONES

- Primero.-** El nivel de ansiedad de los niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas con predominio es alta, el 87.50%; después de la intervención es baja el 87.50; mientras, los niños del grupo control a la evaluación inicial fue el 75.0% y después es moderada, el 68.75%; por lo tanto, el nivel de ansiedad de los niños del grupo experimental es significativamente diferente ($p < 0.05$) al nivel de ansiedad de los niños del grupo control.
- Segundo.-** El nivel de miedo dental de los niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente antes de la aplicación de las técnicas no farmacológicas es alto, el 75.0%; después de la intervención el nivel de miedo dental es bajo, el 100.0%; en niños del grupo control el nivel de miedo dental a la primera evaluación fue alto, el 75.0% a la evaluación posterior disminuyen a nivel moderado, el 62.5%; por lo tanto, se confirma la hipótesis planteada, porque el nivel de miedo dental de los niños del grupo experimental es significativamente diferente ($p < 0.05$) al miedo dental a los niños del grupo control.
- Tercero.-** Las técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento en niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente, fueron efectivas, porque logró disminuir los niveles altos de ansiedad y miedo a niveles bajos en niños del grupo experimental, porque el manejo del comportamiento con técnicas no-farmacológicas, se



fundamentan en el conductismo que plantea que el comportamiento de las personas es modificable a diferencia en los niños del grupo control que no reciben este tratamiento se disminuye solo a niveles moderados; por lo tanto, se confirma la hipótesis planteada.





RECOMENDACIONES

- Primera.-** En los consultorios odontológicos donde acuden niños entre 6 a 11 años de edad, evaluar el nivel de ansiedad antes de la atención ya que muchos niños antes del tratamiento dental ingresan con temores por comentarios mal dirigido o mitos y tradicionalmente al dentista se le ha relacionado con "dolor".
- Segunda.-** Evaluar el nivel de miedo dental a niños entre 6 a 11 años de edad que acuden a la consulta odontológica, ya que muchos niños antes del tratamiento con miedo dental serán poco colaborativo y la detección oportuna permitirá instaurar el tratamiento no farmacológico en forma oportuna.
- Tercera.-** Ante la ansiedad y miedo dental, a los especialistas utilizar las técnicas no farmacológicas de manera continua, por ser métodos efectivos para lograr mejor comunicación con el niño, el cual aparece en la guía de la Academia Americana de Odontopediatría, con fines de revertir el comportamiento poco cooperativo del niño en la consulta odontológica en general, a un comportamiento cooperativo que refleja un niño con niveles de ansiedad y miedo bajo



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABANTO, J., REZENDE, K., BÖNECKER, M., CORRÊA, F., & CORRÊA, M. (2010). Propuestas No-Farmacológicas De Manejo Del Comportamiento En Niños. *Rev Estomatol Herediana*, 2(20), 101-106.
- ALFARO, L., & RAMOS, K. (2014). *Intervención Para Disminuir Miedo Y Ansiedad Dental En Niños De 5 A 9 Años De Edad*. Cartajena: Univercidad De Cartajena.
- ALVARADO, L. (2015). *Ansiedad En Madres Con Hijos Que Padecen Síndrome De Down*. Quetzatemango: Universidad Rafael Landivar. Obtenido De [Http://Recursosbiblio.Url.Edu.Gt/Tesiseortiz/2015/05/42/Alvarado-Lucila.Pdf](http://Recursosbiblio.Url.Edu.Gt/Tesiseortiz/2015/05/42/Alvarado-Lucila.Pdf)
- BEKS, K. (1999). *Factores Que Modifican El Miedo*. 3a Ed. Canadá: Lavier; 1999 (Vol. 3). (Lavier, Ed.) Canadá.
- BERRIO, N., MAZO, R. (2011). Estres Académico. *Revista De Psicología*, 18.
- CÁRDENAS, D. (2003). *Odontología Pediátrica: Técnica Del Modelado* (Vol. 3). Colombia .
- CÁRDENAS, J. (2011). *Manejo No Farmacológico En El Paciente Pediátrico*. Obtenido De [Https://Encolombia.Com/Medicina-Odontologia/Odontologia/Manejo-No-Farmacologico-En-El-Paciente-Pediatrico/](https://Encolombia.Com/Medicina-Odontologia/Odontologia/Manejo-No-Farmacologico-En-El-Paciente-Pediatrico/)
- CÁRDENAS, J. (2011). *Pautas Para El Manejo No Farmacologico Del Comportamiento En El Paciente Pediátrico*. Universidad De Llinois Postgrado De Odontopediatría. Universidad De Llinois Postgrado De Odontopediatría, Instituto De Ciencias De La Salud (Ces), Investigación, Medellín, Colombia.
- CARRILLO,, M., GREGO, A., & ROMERO, A. (2012). *Miedo Dental En La Infancia Y Adolescente*. Lulu.Com.
- CASTROMAN, P. (10 De Marzo De 2015). *Fisiopatología Del Dolor*. Obtenido De [Http://Www.Higiene.Edu.Uy/Cefa/Ut1/Dolor.Pdf](http://Www.Higiene.Edu.Uy/Cefa/Ut1/Dolor.Pdf)
- CERRÓN, M. (2010). *Miedo En Niños De 4 A 12 Años De Edad En Relacion A Sus Experiencias Dentales*. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.
- CHÁVEZ, D. (21 De Mayo De 2008). *Conceptos Y Técnicas De Recolección De Datos En La Investigación Juridico Social*. Obtenido De El Instrumento De Recolección De Datos Está Orientado A Crear Las Condiciones Para La Medición
- CORAH, N. (1969). Development Of A Dental Anxiety Scale. *Journal Of Dental Research*, 48, 596.
- CORAH, N. (1969). Development Of A Dental Anxiety Scale. *Journal Of Dental Research.*, 48, 596.



- CUTHBERG , M., & Melamed, B. (1982). A Screening Device: Children At Risk For Dental Fears And Management Problems. *Journal Of Dentistry For Children*(49), 432-436.
- CUTHBERG, M; Melamend , B. (1982). Screening Device: Children At Risk For Dental Ears And Management Problems. *Journal Of Dentistry For Children*,(49), 432-436.
- DÁVILA, G. (2006). Razonamiento Inductivo Y Deductivo Dentro Del Proceso Investigativo En Ciencias Experimentales Y Sociales. *Laurus*, 12, 180-205.
- ESCALONA, G., & Figueroa, M. (2013). *Influencia De La Musicoterapia Como Método De Relajación Sobre El Miedo A Los Pacientes Que*. Valencia: Univercidad De Carabobo.
- ESPINOZA , P. (2013). *Ansiedad Dental En Niños De 6 Años Beneficiarios Del Programa De Salud Oral Integral En La Región Metropolitana*. Universidad De Chile. Facultad De Odontología, Santiago De Chile. Obtenido De [Http://Repositorio.Uchile.cl/Bitstream/Ha](http://Repositorio.Uchile.cl/Bitstream/Ha)
- FIGUEROA G, GUEVARA, K. (13 De Abril De 2011). *Definición De Oodntopediatria*. Obtenido De [Http://Odontopediatriagyk.Blogspot.Pe/2011/04/Definicion-De-Odontopediatria.Html](http://Odontopediatriagyk.Blogspot.Pe/2011/04/Definicion-De-Odontopediatria.Html)
- FOLAYAN, M., ADECOYA, C., & Otuyemi, O. (2002). Parental Anxiety As A Possible Pre Factor To Chil Dental Anxiety In Parentents Seen In A Suburman Dental Hospital. *Int J Pediatr Dent*, 12(4), 255-9.
- GARCÍA , M. (2010). *Conducta De Los Niños En La Consulta Odontopediátrica Y Su Ambiente Familiar*. Universidad Autónoma De Nueva León, Investigación, Leon . Obtenido De [Https://Hera.Ugr.Es/Tesisugr/18695267.Pdf](https://Hera.Ugr.Es/Tesisugr/18695267.Pdf).
- GARCÍA, A., PARÉS , G., & Hinojosa , A. (3 De Septiembre De 2007). Evaluación De La Ansiedad Y La Percepción De Los Padres Ante Diferentes Técnicas De Manejo De Conducta Utilizadas Por El Odontopediatra Comparando Tres Métodos De Informació. *Revista Odontologica Mexica*, 11(3), 135-139.
- GARCÍA, T. (Diciembre De 2007). *Técnica Del Modelado*. *Psicología Onlin*. Obtenido De [Http://Online-Psicologia.Blogspot.Pe/2007/12/Tcnicas-De-Modelado.Html](http://Online-Psicologia.Blogspot.Pe/2007/12/Tcnicas-De-Modelado.Html)
- GARZÓN De MORELLA. (1995). *Conceptos Básicos En Odontología Pediátrica*. Caracas: Editorial Disinlimed, C.A.
- GARZÓN De, M. (1995). *Conceptos Básicos En Odontología Pediátrica*. Caracas: Disinlimed.
- GLICK, M. (2002). *Aspectos Psicologicos Para La Atención Pediátrica*. Santos.
- GOLD, A. (2006). Trastornos De Ansiedad En El Niño. *Arch. Pediatr.* , 34-38.
- GRAY , H. (1994). *Trastornos De La Personalidad* (Vol. 6). Estados Unidos : Robin Book .
- GUALE, K. (2012). *Modificación Del Comportamiento Del Paciente Infantil En El Tratamiento Odontopediatrico*. Guayaquil: Universidad Guayaquil-Facultad Piloto De Odontologia.



- GUSTAFSSON, A. (2010). Tratamiento Odontológico Problemas De Conducta Entre Los Niños Y Adolescentes Una Cuestión De Entender. Estudio En El Miedo Dental, Características Personales Y Psicosociales Concomitantes. *Eur J Paediatr*, 7(9), 41-54.
- HERMOSO, J. (2014). *Estímulo, Significado, Conciencia; Un Estudio Sobre Los Fundamentos De La Psicología Cognitiva Y La Eficacia Causal De Lo Mental*. Madrid: Universidad Complutense De Madrid.
- HERNÁNDEZ, R., & Fernández, C. (2003). *Metodología De La Investigación* (Vol. 3). Mexico, Mexico : Editorial McGraw-Hill.
- HIBBERLER, R. (2000). *El Miedo Dental Y Sus Consecuencias*. (Vol. 1). Canada : Kapelusz.
- HOLMES, R., & GIRDLER, N. (2005). Study To Assess The Validity Of Clinical Judgement In Determining Paediatric Dental Anxiety And Related Outcomes Of Management. *International Journal Of Pediatric Dentistry*(15), 169-76.
- JIMÉNEZ, A. (2016). *Influencia De La Musicoterapia Para El Manejo De Ansiedad En Pacientes Pediátricos Atendidos En La Clínica De Estomatología De La Universidad Señor De Sipán*. Universidad Señor De Sipán, Investigación . Pimentel-Perú.
- KADE DE SOUKI, A. (1999). Comportamiento Del Niño En El Consultorio Odontológico. *Acta Odolol*, 37(3).
- LAZO , A., RAMOS , W., & Mercado, J. (2014). Nivel De Ansiedad Antes Y Después De Un Tratamiento Odontológico En Niños De 4 A 8 Años De Edad. *Revista Estomatológica Del Altiplano*. *Revista Estomatológica Del Altiplano*.
- LEE, C., Chang, Y., & Huang, S. (2008). Los Predictores Clínicos Relacionados Con El Miedo Dental En Los Niños Taiwaneses. *Int J Paediatr Dent*, 6(18), 415-22.
- LIMA, A., & Casanova, R. (Enero-Abril De 2006). Miedo, Ansiedad Y Fobia Al Tratamiento Estomátológico. *Rev Hum Med*, 6(1), 1-21.
- LÓPEZ, L. (2015). *Como Ayudar A Mi Hijo A Mejorar Su Comportamiento*. Obtenido De [Http://Www.Saludmental.Info/Secciones/Educativa/Mejorarcomptamientohijosjunio06.Htm](http://Www.Saludmental.Info/Secciones/Educativa/Mejorarcomptamientohijosjunio06.Htm)
- LÓPEZ, P. (2004). Población Muestra Y Muestreo. *Punto Cero*, 1-6.
- MAIER, H. (1993). The Three Theories Of The Child Development.
- MARCANO , A. (2012). *Evaluación De La Ansiedad Y Miedo En Niños Escolares En La Consulta Odontopediátrica De La Facultad De Odontología Universidad De Carabobo*. Universidad De Carabobo, Facultad De Odontología , Colombia, Carabobo.
- MARCANO , A; FIGUEREDO, A; OROZCO, G. (2012). Evaluación De La Ansiedad Y Miedo En Niños Escolares En La Consulta Odontopediátrica. *Revista Odontopediatria*, 2(2). Obtenido De [Http://Www.Revistaodontopediatria.Org/Ediciones/2012/2/Art-7/](http://Www.Revistaodontopediatria.Org/Ediciones/2012/2/Art-7/)



- MARCANO, A. (2011). *Evaluacion De La Ansiedad Y Miedo En Niños Escolares En La Consulta Pediátrica*. Valencia: Universidad De Carabobo.
- MARCANO, A. (2012). *Evaluacion De La Ansiedad Y Miedo En Niños Escolares En La Consulta Odontopediátrica De La Facultad De Odontología Universidad Carabobo*. Universidad De Carabobo. Naguanagua: Dirección Postgrado En Odontopediatria.
- MARCHENA, E., FERNANDEZ, C., & GARCIA, B. (2015). Como Prevenir El Miedo Dental En Los Niños. *Revista Europea De Odontoestomatología*.
- MÁRQUEZ, J., NAVARRO, M., CRUZ, D., & Gil, J. (2004). ¿Por Qué Se Le Tiene Miedo Al Dentista? *Rcoe*, 2(9), 165-74.
- MARTÍN DEL BUEY, F., MARTÍN, E., & JUÁREZ, E. (2011). Técnicas De Estudio Sistematizadas. Universidad De Oviedo. Psicología Evolutiva Y De La Educación.
- MASSLER, M. (1974). La Psicología En Odontología Para Niños. *Odontología Clínica De Norteamérica*. 18(6).
- MEDINA, J. (1988). Adaptación Del Niño A La Consulta Odontológica. *Universidad De Los Andes De Venezuela. Home > Ediciones*, 36(2).
- MEDINA, Y., & MENDEZ, S. (2013). *Comportamiento Del Niño En La Consulta Odontológica Ante Diferentes Técnicas De Adaptación*. Bárbula: Universidad De Carabobo. Facultad De Odontología. Obtenido De [Http://mriuc.Bc.Uc.Edu.Ve/Bitstream/Handle/123456789/2915/Yaishe.Pdf?Sequence=1](http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/2915/Yaishe.pdf?sequence=1)
- MEIRA, C., MARIS, E., & Andreitina, R. (2013). The Relationship Between Dental Anxiety In Children, Adolescents And Their Parents At Dental Environment. . *Journal Of Indian Society Of Pedodontics And Preventive Dentistry*, 31, 175-179.
- MOSCOSO, M. (1998). Stress, Salud Y Emociones: Estudio De La Ansiedad, Cólera Y Hostilidad. *Revista De Psicología Unmsm.*, 3(3), 47-8.
- MUZA, R., & MUZA, P. (2007). Nivel De Preocupación O Ansiedad Sobre Procedimientos Dentales En Una Sala De Espera Dental. *Rev Chil Salud Pública*, 1(11), 18-22. Obtenido De Rev Chil Salud Pública.
- Organización Panamericana De La Salud. (2000). Programa De Educación Continuada Odontológica. No Convencional.. Washington, Dc: Ops. *Odontología Preventiva*, 13-5.
- OXFORD. (2003). *Diccionario Oxford De La Mente* (Vol. 3). Mexico , Mexico .
- PAPALIA, D., & Olds, S. (2004). *Psicología Del Desarrollo*. 9.
- PEÑAFIEL, P. (2012). *Diseño Interior De Un Consultorio Odontopediátrico*. Ecuador: Universidad De Cuenca.



- PÉREZ, B. (2014). *Desarrollo De Habilidades Personales Y Sociales De Las Personas Con Discapacidad*. La Rioja: Tutor Formación.
- PORTAL ODONTOLÓGICO S.A. (30 De Agosto De 2016). *Adaptación Del Niño A La Consulta Odontológica*. Obtenido De <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/2235/adaptacion-del-nino-a-la-consulta-odontologica>
- PROLEÓN, G. (S/F). *El Miedo En La Infancia*. Obtenido De <http://www.monografias.com/trabajos89/miedo-infancia/miedo-infancia3.shtml>
- QUIROZ, J., & MELGAR, R. (Abril- Junio De 2012). Manejo De Conducta No Convencional En Niños: Hipnosis, Musicoterapia, Distracción Audiovisual Y Aromaterapia: Revisión Sistemática. *Revista Estomatológica Herediana*, 22(2).
- RAMOS, K., ALFARO, L., HERRERA, M., & NAVARRO, L. (2013). *Niveles De Ansiedad Y Miedo En Niños De 3 A 8 Años Atendidos En Las Clínicas De Odontopediatría De La Facultad De Odontología De La Universidad De Cartagena 2013*. Universidad De Cartagena, Investigacion, Cartagena. Obtenido De <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/2784/1/Informe%20final.pdf>
- RAMOS, K., ALFARO, L., CASTRO, I., & Mercado, A. (2013). *Habilidades Sociales, Conducta Y Problemas De Conducta En Niños De 5 A 8 Años Durante La Consulta Odontológica*. Cartagena De Indias D.T Y C: Universidad De Cartagena. Facultad De Odontologica.
- REYES, A. (2005). *Trastorno De Ansiedad. Guía Práctica Para El Diagnóstico Y Tratamiento*. Obtenido De <http://www.bvs.hn/honduras/pdf/trastornoansiedad.pdf>
- RIÓS, R. (25 De Mayo De 2011). Nivel De Ansiedad En La Remoción De Caries Dental Utilizando El Método Químico-Mecánico Y El Convencional En Niños De 6 A 8 Años De Edad. Obtenido De http://www.psiquiatria.com/psicologia/vol2num1/artic_2.htm#1
- RODRÍGUEZ, M., FERNÁNDEZ, C., & GARCÍA, B. (19 De Mayo De 2015). *Como Prevenir El Miedo Dental En Los Niños*.
- RODRÍGUEZ, N., OLMO, R., MOURELLE, R., & GALLARDO, N. (23 De Setiembre De 2011). *Estudio De La Ansiedad Infantil Ante El Tratamiento Odontológico*. Obtenido De <http://www.gacetadental.com/>.
- ROWE, M. (2005). Dental Fear: Comparisons Between Younger And Older Adults. *American Journal Of Health Studies*, 3-4(20), 219-225.
- SALAS, M., SALAS, A., GABALDON, P., MAYORAL, J., & AMALRAL, G. (2001). *Evaluación De La Ansiedad Y El Dolor Asociados A Procedimientos Médicos Dolorosos En Oncológica Pediátrica*. Bilbao: Dpto. De Psicología. Universidad De Deusto.

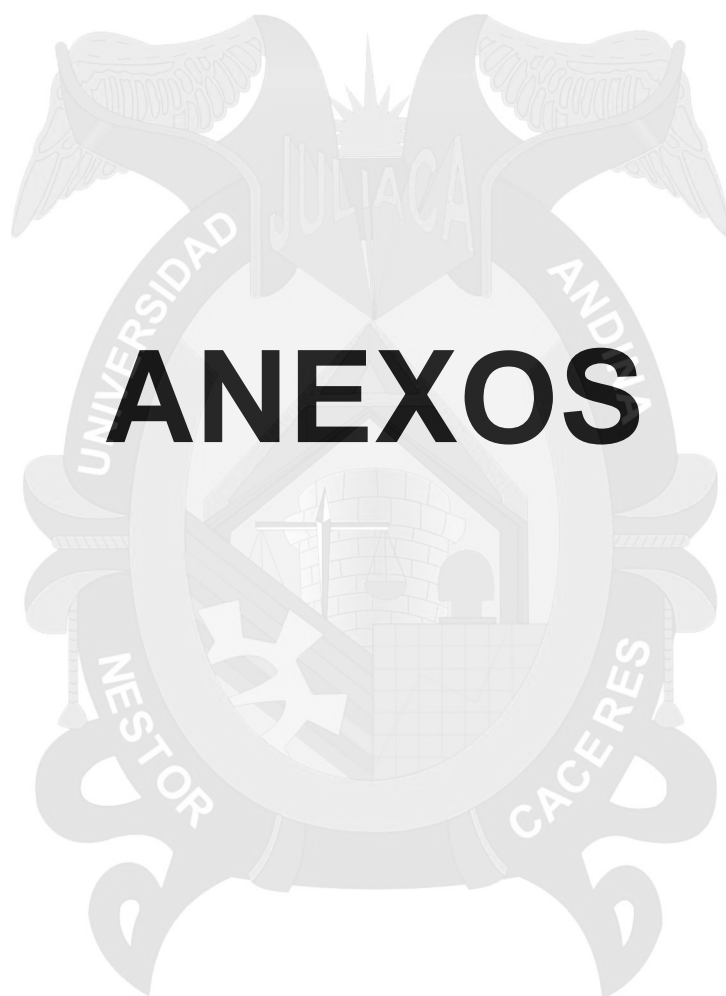


- SÁNCHEZ, F., TOLEDANO, M., & OSARIO, R. (2004). Influencia Del Sexo Y Del Tratamiento Dental En La Aparición De Ansiedad En El Paciente Odontopediátrico. Valoración Del Comportamiento. *Av Odontoestomatol*, 20(4), 1-10.
- SÁNCHEZ, L. (1994). Géneros Del Miedo Dental. *Revista Española De Odontología* (32), 10-18.
- SIERRA, J. (2003). Ansiedad, Angustia Y Estrés: Tres Conceptos Para Diferenciar. *Revista Malestar E Subjetividade/Fortaleza*, 10-59.
- SINGH, K., MORAES, A., & BOVI, A. (2000). Ansiedade E Controle Relacionados Ao Tratamento Odontológico. *Pesquisa Odontologica Brasileira*(14), 131-136.
- SOUKI, A., Snalazar, C., PÉREZ, A., & NEVADO, F. (1999). Comportamiento Del Niño En El Consultorio Odontológico. *Acta Odontologica*, 37(3). Obtenido De [Http://Www.Scielo.Org.Ve/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0001-63651999000300032](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63651999000300032)
- TASAYCO, M. (2010). *Nivel De Ansiedad En Relación A La Aplicación De La Musicoterapia En Niños De 6 A 8 Años De Edad En La Clínica Odontológica De La Universidad Norbert Wiener, Lima Perú*. Lima: Universidad Wiener. Obtenido De [Http://Www.Cop.Org.Pe/Bib/Tesis/Mariadelrosariotasaycohuanca.Pdf](http://www.cop.org.pe/bib/tesis/mariadelrosariotasaycohuanca.pdf)
- TEN, M., VEERKAMP, J., & HOOGSTRETE, J. (1998). The Dental Subscale Of The Children's Fear Survey Schedule: A Factor Analytic Study In The Netherlands. *Community Dentistry Oral And Epidemiology*(26), 340-343.
- TENBERG, M. (2008). Miedo Dental En Los Niños: Consecuencias Clínicas. Estrategias De Manejo Del Comportamiento Sugeridos En El Tratamiento De Niños Con Miedo Al Dentista. *Eur Arch Paediatr Dent*, 9, 41-6.
- URBINA, S. (2006). *Relación Entre Ansiedad Y Respuestas Fisiológicas En Niños De 5 A 8 Años De Edad En Su Primera Visita Odontológica*. Tesis Grado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad De Estomatología, Lima, Perú.
- VALLEJO, R. (2005). *La Conducta Humana. Concepto Y Características. Personalidad: Concepto Y Características*. Obtenido De [Https://Www.Yumpu.Com/Es/Document/View/15826861/Tema-1-La-Conducta-Humana-Concepto-Y-Caracteristicas-Centro-](https://www.yumpu.com/es/document/view/15826861/tema-1-la-conducta-humana-concepto-y-caracteristicas-centro)
- VIEIRA, D. (15 De Enero De 2017). *La Ansiedad Infantil En Odontología 2014*. Obtenido De [Https://Www.Propdental.Es/Blog/La-Ansiedad-Infantil-En-Odontologia/](https://www.propdental.es/blog/la-ansiedad-infantil-en-odontologia/)
- VILLAFUERTE, A. (2012). *Control De La Conducta En El Paciente Odontopediátrico: Técnicas De Comunicación*. Guayaquil: Universidad Guayaquil. Facultad Piloto De Odontología. Obtenido De [Http://Repositorio.Ug.Edu.Ec/Bitstream/Redug/3017/1/Paginas%20preliminares-Alfonso%20jose.Pdf](http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/3017/1/paginas%20preliminares-Alfonso%20jose.pdf)



- VILLORIA, S. (12 De Agosto De 2015). *La Conducta Humana En Psicología*. Obtenido De <Http://Www.Cipsiapsicologos.Com/Blog/La-Conducta-Humana/>
- WATSON , A. (Julio-Diciembre De 1924). *Psicología Conductista*, 1(1). Recuperado El 22 De Enero De 2017, De <Http://Medicpsi.Conducta/Psicología.Htm>.
- WOODMANSEY , K. (2005). The Prevalence Of Dental Anxiety In Patients Of A University Dental Clinic. *Journal Of American College Health*, 1(54), 59-31.
- ZACCAGNINI, M. (2011). *El Miedo Como Nace Y Como Se Trasciende*. España: Escuela Española De Desarrollo Transpersonal.
- ZOLA, P. (Julio-Diciembre De 1994). *Miedo Al Dentista En Niños*. Recuperado El 20 De Enero De 2017, De <Http://Miedo.Paciente/Odontología.Htm>.





ANEXOS

ANEXO 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>Problema principal:</p> <p>¿Cuál es la efectividad de las técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento (ansiedad y miedo dental) en niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente, Puno 2017?</p> <p>Problemas secundarios</p> <p>¿Cuál es el nivel de ansiedad en el comportamiento de los niños del grupo experimental que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de niños del grupo control que no la reciben?.</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la efectividad de las técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento (ansiedad y miedo dental) en niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente, Puno 2017.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Evaluar el nivel de ansiedad de los niños del grupo experimental antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de niños del grupo control que no la reciben.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Las técnicas no-farmacológicas son efectivos en el manejo del comportamiento (ansiedad y miedo dental) en niños que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente, Puno 2017</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Existe diferencia significativa entre los niveles de ansiedad de los niños del grupo experimental que reciben las técnicas no farmacológicas, con los del grupo control que no la reciben.</p>	<p>Variable Independiente:</p> <p>Técnicas farmacológicas</p> <p>Variable dependiente:</p> <p>Manejo del comportamiento</p>	<p>Estrategias de intervención</p> <p>▪ Nivel de ansiedad</p>	<p>▪ Decir-Mostrar-Hacer</p> <p>▪ Distracción-Voz-Distracción</p> <p>▪ Modelado</p> <p>▪ Refuerzo positivo</p> <p>Escala de ansiedad de de CORAH</p>	<p>Tipo: Experimental, cuantitativo y aplicada</p> <p>Nivel: Experimental</p> <p>Diseño: Cuasiexperimental</p> <p>Método: Deductivo , inductivo y síntesis</p> <p>Población: 120 niños de 6 a 11 años</p> <p>Muestra: 16 niños</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>▪ Escala de ansiedad de Corah</p> <p>▪ Escala de evaluación de miedos dentales en niños</p>



¿Cuál es el nivel de miedo dental en el comportamiento de los niños del grupo experimental que acuden a la Clínica del Niño y Adolescente antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de los niños del grupo control que no la reciben?.	Valorar el nivel de miedo dental de los niños del grupo experimental antes y después de la aplicación de las técnicas no farmacológicas y de los niños del grupo control que no la reciben.	Existiría diferencia significativa entre los niveles de miedo dental de los niños del grupo experimental que reciben las técnicas no farmacológicas, con los del grupo control que no la reciben.		▪ Nivel de miedo dental	Escala de evaluación de miedos dentales en niños	Procedimiento y análisis de interpretación de datos - Estadística descriptiva Porcentual - Estadística Inferencial t- student para dos promedios
---	---	---	--	-------------------------	--	---

ANEXO 2

PLAN DE INTERVENCIÓN EN TÉCNICAS NO-FARMACOLÓGICAS "NIÑOS DE 6 A 11 AÑOS" DE EDAD.

JUSTIFICACIÓN

Los niños son los que más suelen sufrir el miedo y la ansiedad dental, aunque puede afectar a todas las edades. El hecho de sufrirla, no sólo supone mayor dolor, sino que se puede asociar con una mala salud oral y, como consecuencia, con una mayor dependencia de los servicios dentales más costosos.

Por lo general, el miedo al dentista en niños se produce por temor a lo desconocido como una respuesta muy humana y natural ante la inseguridad y posible peligro. Para evitar el miedo al dentista en niños, la visita al dentista debe tomarse como una situación familiar y habitual, potenciando una actitud positiva respecto a los cuidados dentales.

Muchos dentistas han utilizado diversas técnicas para ayudarlos a superar esta situación manejando así el miedo al dentista en niños con técnicas invasivas, sin embargo no se han puesto en práctica técnicas no-farmacológicas propuestas para mantener un ambiente relajado y agradable que inspire seguridad al niño de manera que minimizando la ansiedad y el miedo al dentista, para lograr un acercamiento gradual y así generar lazos de confianza necesarios para la atención de calidad.

Bajo estas consideraciones la aplicación de técnicas no-farmacológicas Decir-



mostrar-hacer, distracción-voz-distracción, modelado y refuerzo positivo que están encaminadas a controlar diversas emociones del niño,

PARTE INFORMATIVA

Ejecutor : Ronald Enríquez Quispe

Método : Explicativo-Demostrativo

Duración : 60 min

Lugar : Clínica odontológica del Niño y Adolescente

Grupo Beneficiario : Niños de 6 a 11 años de edad

Recursos Didácticos : Video, Un muñeco, maqueta, motor de baja, lentes virtuales, cuentos, historias, juguetes, stickers, frases de animo



PLAN DE ACTIVIDADES

TEMA	OBJETIVO	CONTENIDO	METODOLOGÍA	MATERIAL A UTILIZAR
TÉCNICA DECIR-MOSTRAR-HACER	Disminuir la ansiedad mediante la explicación acerca de una situación que es desconocida para el paciente	Esta técnica es realizada durante el acondicionamiento indirecto en muñeco educativo.	Utilizar lenguaje sencillo Técnica explicativa y demostrativa	Muñeco educativo.
DISTRACCIÓN-VOZ-DISTRACCIÓN	El objetivo es disminuir la probabilidad de percepción de un suceso desagradable que pueda suceder. Está indicado para cualquier paciente y no tiene ninguna contraindicación	El consultorio donde se atiende el niño debe estar adaptado con muñecos y objetos de interés para el niño.	Demostrativa	Muñecos y objetos
MODELADO	Disminuir la ansiedad del paciente y reforzar un comportamiento positivo	En el ambiente debe instalarse el equipo de video donde debe mostrarse el modelado de la atención en un niño de la misma edad, o esta puede ser reemplazada por la madre, para alcanzar un alto grado de motivación, lo que hace de él una herramienta de aprendizaje valiosa para paciente.	Técnica del video	Video o persona humana.
REFUERZO POSITIVO	Actuar sobre la respuesta motora del paciente con el fin de que repita un comportamiento deseado.	Permitir que el niño escoge un premio por su buen comportamiento durante el tratamiento odontológico	Mostrar una caja de juguetes variados	Juguetes varios



Estrategias

- Ambiente debidamente equipado
- Atención en horas de la tarde
- Material educativo según estrategia educativa

Evaluación:

- Se evaluará en el momento de la técnica con el grado de asequibilidad al tratamiento odontológico
- Con el post test





ANEXO 3

ESCALA DE EVALUACIÓN DE MIEDOS DENTALES EN NIÑOS

Item	Sin miedo	Poco miedo	Con miedo	Bastante miedo	Much o miedo
1. Dentistas	1	2	3	4	5
2. Médicos	1	2	3	4	5
3. Inyecciones	1	2	3	4	5
4. Que alguien examine tu boca	1	2	3	4	5
5. Tener que abrir la boca	1	2	3	4	5
6. Un extraño te toque	1	2	3	4	5
7. Alguien te mire	1	2	3	4	5
8. El motor del dentista	1	2	3	4	5
9. Ver el motor del dentista	1	2	3	4	5
10. Escuchar el ruido del motor del dentista.	1	2	3	4	5
11. Tener alguien colocando instrumentos en tu boca.	1	2	3	4	5



12. Asfixia	1	2	3	4	5
13. Tener que ir al hospital	1	2	3	4	5
14. Personas con uniforme Blanco	1	2	3	4	5
15. El dentista haciendo limpieza en tus dientes.	1	2	3	4	5

Cuthbert, M. I. & Melamed, B. G. (1982).

Las siguientes notaciones fueron atribuidas para cada respuesta:

Sin miedo = 1

Poco Miedo = 2

Bastante miedo = 3

Mucho miedo = 4

Muchísimo miedo = 5

Rango de puntuaciones:

Sin miedo Puntuaciones igual 15

Bajo miedo Puntuaciones entre 16 - 37

Alto miedo Puntuaciones entre 38 a más

ANEXO 4

ESCALA DE ANSIEDAD DENTAL DE CORAH

Estimado niño: La siguiente contiene 4 preguntas con cinco alternativas de respuestas para cada una, la cual debe seleccionar con una X, relacionadas con la visita Al dentista, te agradecemos que respondas de la manera muy sincero.

1. **Si te dijeran que mañana asistirás al dentista ¿cómo te sentirías?**
 - a) Estaría feliz
 - b) No me importaría
 - c) Me sentiría poco preocupado
 - d) Estaría con miedo que sea desagradable
 - e) Estaría con mucho miedo.
2. **Cuando te encuentras esperando al Dr.(a) en la sala de espera ¿cómo te sientes?**
 - a) relajada
 - b) preocupada
 - c) tensa
 - d) ansiosa
 - e) tan ansiosa.
3. **Estando en el sillón del dentista, esperando que el Dr. (a) comience a trabajar con sus máquinas en tu diente, ¿cómo te sientes en ese momento?**
 - a) relajada
 - b) preocupada
 - c) tensa
 - d) con miedo
 - e) Con mucho miedo, que comienzo a sudar o sentirme mal



4. Mientras esperas que el Dr. (a) tome los instrumentos para limpiar tus dientes alrededor de la encía, ¿cómo te sientes?

- a) Tranquilo
- b) Preocupada
- c) ansiosa
- d) Tenso o rígido
- e) Comienzo a sudar o sentirme mal.

Las siguientes notaciones fueron atribuidas para cada respuesta:

$a = 1$ $b = 2$ $c = 3$ $d = 4$ $e = 5$

Rango de puntuaciones:

Sin ansiedad puntuaciones igual a 4

Baja ansiedad puntuaciones entre 5 y 9

Ansiedad moderada puntuaciones entre 10 y 14

Ansiedad alta puntuaciones entre 15 y 20



ANEXO 5

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas sobre nivel de ansiedad en el grupo experimental pre y post test

	<i>Variable</i>	
	<i>1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	16.6875	7.9375
Varianza	3.5625	2.72916667
Observaciones	16.0000	16
Coeficiente de correlación de Pearson	0.7630	
Diferencia hipotética de las medias	0.0000	
Grados de libertad	15.0000	
Estadístico t	28.2650	
P(T<=t) una cola	0.0000	
Valor crítico de t (una cola)	1.7531	
P(T<=t) dos colas	0.00000	
Valor crítico de t (dos colas)	2.1314	

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas sobre nivel de miedo dental en el grupo experimental pre y post test

	<i>Variable 1</i>	<i>Variable 2</i>
Media	57.8125	21.5
Varianza	190.4292	22.8
Observaciones	16.0000	16
Coeficiente de correlación de Pearson	0.7856	
Diferencia hipotética de las medias	0.0000	
Grados de libertad	15.0000	
Estadístico t	13.8682	
P(T<=t) una cola	0.0000	
Valor crítico de t (una cola)	1.7531	
P(T<=t) dos colas	0.0000	
Valor crítico de t (dos colas)	2.1314	



Prueba t para medias de dos muestras emparejadas sobre
nivel de ansiedad del grupo experimental y control (pre test)

	Variable 1	Variable 2
Media	7.9375	10.75
Varianza	2.72916667	13.9333333
Observaciones	16	16
Coeficiente de correlación de Pearson	0.68920178	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	15	
	-	
Estadístico t	3.93768458	
P(T<=t) una cola	0.00065806	
Valor crítico de t (una cola)	1.75305036	
P(T<=t) dos colas	0.00131613	
Valor crítico de t (dos colas)	2.13144955	

Prueba t para medias de dos muestras emparejadas sobre
nivel de miedo dental del grupo experimental y control (post test)

	Variable 1	Variable 2
Media	21.5	35.8125
Varianza	22.8	88.8291667
Observaciones	16	16
Coeficiente de correlación de Pearson	0.65402482	
Diferencia hipotética de las medias	0	
Grados de libertad	15	
	-	
Estadístico t	7.88157129	
P(T<=t) una cola	5.1711E-07	
Valor crítico de t (una cola)	1.75305036	
P(T<=t) dos colas	0.00000	
Valor crítico de t (dos colas)	2.13144955	



ANEXO 6

SÁBANA DE DATOS NIVEL DE ANSIEDAD Y MIEDO GRUPO EXPERIMENTAL

EDAD	TÉCNICAS	GRUPO EXPERIMENTAL			
		ANSIEDAD		MIEDO	
		PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST
6.4	3	16	9	70	30
6.6	3	19	9	72	29
11	1	14	4	42	17
9.5	2	17	9	44	20
8	2	18	9	40	17
6.1	3	19	9	69	30
9	1	16	9	43	17
8	2	19	9	41	17
7	2	18	9	64	23
9	2	16	8	46	19
8	2	15	7	68	21
11.3	2	17	8	69	24
9	2	19	8	72	21
9	2	16	8	71	22
6.5	2	13	4	44	15
8.6	2	15	8	70	22



ANEXO 7

SÁBANA DE DATOS NIVEL DE ANSIEDAD Y MIEDO GRUPO CONTROL

EDAD	TÉCNICAS	GRUPO CONTROL			
		ANSIEDAD		MIEDO	
		PRE TEST	POST TEST	PRE TEST	POST TEST
6.3	Ninguno	16	14	70	42
6.8		19	14	72	43
11.2		14	6	42	24
9.1		17	13	45	44
8		18	14	46	30
6.4		19	13	69	42
7		13	5	43	26
8		19	14	30	12
7		18	12	64	42
9		16	7	46	30
8		14	6	68	44
11.4		17	12	69	38
9		19	14	72	44
9		16	11	71	42
6.1		4	4	44	30
8.4		15	13	70	40



ANEXO 08

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por intermedio del presente documento hago constar que acepto la participación de mi menor hijo en el trabajo de investigación titulado:

"Efectividad de las técnicas no-farmacológicas en el manejo del comportamiento en niños que acuden a la clínica odontológica del niño y adolescente, Puno 2017"

Firmo este documento como prueba de mi aceptación, habiendo sido antes informada(o) sobre la finalidad del trabajo y que ninguno de los procedimientos a utilizarse en la investigación pondrá en riesgo la salud y bienestar de mi hijo. Además de haberseme aclarado que no haré ningún gasto, ni recibiré ninguna contribución económica.

Apellidos y nombres: _____

D.N.I.: _____

Firma: _____

Puno :__ de ____ del 20__.



Huella digital